

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 21 mai 1898, à 1 heure

PAR

Georges MARTIN

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE RENNES

ANCIEN INTERNE DES ASILES D'ALIÉNÉS (Auxerre)

ÉTUDE SUR LA NEURASTHÉNIE

ET

L'ÉTAT MENTAL DES NEURASTHÉNIQUES

Président: M. CHANTEMESSE, professeur.
Juges: MM. { DIEULAFOY, professeur.
MÉNÉTRIER et ACHARD, agrégés.

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

351

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 21 mai 1898, à 1 heure

PAR

Georges MARTIN

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE RENNES

ANCIEN INTERNE DES ASILES D'ALIÉNÉS (Auxerre)

ÉTUDE SUR LA NEURASTHÉNIE

ET

L'ÉTAT MENTAL DES NEURASTHÉNIQUES

Président : M. CHANTEMESSE, professeur.

*Juges : MM. } DIEULAFOY, professeur.
MÉNÉTRIER et ACHARD, agrégés.*



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DU VAL.
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	GUYON.
	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRA	GILBERT.	MENETRIER	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

Ayant eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas de neurasthénie, affection qui est, relativement fréquente, il nous a paru intéressant de choisir cet état névropathique comme sujet de notre thèse inaugurale. En abordant ce sujet, nous ne nous sommes point illusionné sur les difficultés de notre tâche, nous nous sommes aperçu qu'il nous serait très difficile d'apporter des faits nouveaux, soit dans l'étude de la neurasthénie, soit même dans l'étude de l'état mental des sujets qui sont atteints de cette affection.

Nous trouvant dans des conditions spéciales, réduit à nos seules ressources, nous nous sommes efforcé avec nos notes personnelles, de résumer ce qui a paru de plus intéressant sur ce sujet et d'encadrer ainsi les observations que nous possédions. Tel a été notre plan.

Dans la 1^{re} partie de notre travail, nous décrirons la neurasthénie, nous donnerons un rapide coup d'œil sur son historique, son étiologie, ses symptômes, son pronostic, ce que nous savons sur sa pathogénie et son diagnostic différentiel avec les autres affections qui peuvent la simuler ou avec lesquelles elle peut être confondue. Dans la 2^e partie psychologique, nous dirons ce que sont les neurasthéniques au point de vue mental et étudierons surtout l'état psychopatique le plus souvent observé, l'obsession angoissante.

Nous ne saurions terminer sans remercier M. Bres-

son, interne à l'asile de la Roche-Gaudon qui a bien voulu nous communiquer les observations 3 et 6 ainsi que M. le docteur Viallon, médecin adjoint à l'asile de Dijon, qui nous a donné la curieuse observation n° 7.

Nous adressons également nos plus sincères remerciements à M. le professeur Chantemesse qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

PREMIÈRE PARTIE

DE LA NEURASTHÉNIE

DÉFINITION. — Différentes définitions ont été données de la neurasthénie, toutes l'attribuent à un épuisement du système nerveux.

On ne peut à l'heure actuelle, ainsi que le fait remarquer M. Mathieu, définir la neurasthénie, ni par son principe pathogénique et étiologique, ni par sa lésion puisqu'elle n'en présente pas de connue, ni par sa physiologie pathologique, puisqu'elle est à peu près complètement ignorée. Elle résulte d'une façon de vivre et de réagir particulière du système nerveux.

D'après MM. Beard et Charcot, la neurasthénie est une névrose générale, dont la cause pathogénique est une fatigue, un épuisement des éléments nerveux, sorte de lésion dynamique primordiale du système nerveux cérébro-spinal.

M. Dutil la définit : Une maladie générale du système nerveux, sans lésion connue, que Beard de New-York a su dégager du chaos de l'ancien et vague nervosisme. Cette affection, ajoute-t-il, semble avoir sa raison d'être dans un épuisement, une faiblesse persistante et irritable des centres nerveux, dont la nature et le mécanisme demeurent ignorés.

Elle se traduit par des troubles pour la plupart subjectifs, très nombreux, et suivant les cas très diversement associés.

Malgré ce polymorphisme, la maladie se caractérise toujours par un certain nombre de symptômes fondamentaux : la céphalée, la rachialgie, la dyspepsie par atonie gastro-intestinale, la dépression cérébrale, un certain état mental, l'asthénie neuro-musculaire, l'insomnie, tous symptômes considérés comme les vrais stigmates de la neurasthénie.

HISTORIQUE.—Le mot neurasthénie (épuisement nerveux, nervous exhaustion) fût créé par Beard de New-York, qui en 1868 et 1869, décrivit sous ce nom les symptômes d'une maladie, qu'il croyait nouvelle et spéciale aux Américains.

Ses premières publications passèrent inaperçues, mais son traité pratique de la neurasthénie, paru en 1880, eut un grand et légitime retentissement. Il faut reconnaître à Béard, le mérite d'avoir le premier cherché à séparer la neurasthénie, de l'hystérie et des autres états névropathiques encore inclassés, avec lesquels elle était restée confondue.

La névrose neurasthénique n'était pas, cependant, passée complètement inaperçue, elle devait à brève échéance, avoir sa place dans le cadre nosologique.

En effet, depuis longtemps, M. Charcot avait l'attention portée sur ces névropathes, ces épuisés plus ou moins irritables. Il avait été frappé de la fréquence, chez eux, de la céphalée avec sensation de compression, de casque trop lourd ou trop étroit, et il avait pris l'habitude, en tête de ses observations, et comme point de repère à son usage personnel, d'inscrire la qualification de Galeatus. Il n'eut donc pas de peine à retrouver dans les neurasthéniques de Béard, ses propres malades, ses galeati. Il étudia de plus près

les très nombreux névropathes qui se présentent à la consultation de la Salpêtrière, et il distingua bientôt, parmi eux, un certain nombre de types morbides, variables d'aspect, mais ayant des traits communs, des symptômes communs, dont il fit les stygmates de la neurasthénie comme il avait auparavant, établi les stygmates de l'hystérie.

La limitation de la neurasthénie n'était, du reste, possible, que parce que la limitation de l'hystérie était déjà faite, ces deux névroses coïncidant souvent, ainsi que cela se voit, en particulier dans l'hystéro-neurasthénie d'origine traumatique.

Depuis, des travaux remarquables ont été faits en France par MM. Pitres, Levillain, Mathieu, Huchard, Bouveret, Blocq, etc., travaux qui font que la neurasthénie occupe un rang honorable dans le cadre nosologique.

En recherchant dans les auteurs anciens, on voit que la neurasthénie existait et était connue avant les travaux de Beard. On l'aurait même observée dans les temps les plus reculés ; ses principaux symptômes sont, en effet, nettement signalés dans le livre II, des maladies d'Hippocrate, ce qui prouve que les anciens n'en étaient pas plus exempts que nous.

Gallien rattachait la plupart des états névropathiques à l'hypocondrie. Il attribuait un rôle pathogénique important aux organes situés dans les hypocondres, et pensait que le foie, l'estomac et l'intestin malades produisaient l'atrabile, celle-ci passait dans le cerveau et le rendait malade à son tour.

Pour s'être égarée un peu en route depuis les Grecs, la neurasthénie n'en a pas moins fait de courtes apparitions à chacune des grandes époques médicales.

On la retrouve un peu partout, mais avec des noms divers et des étiquettes d'emprunt.

Au xvii^e siècle, avec Sydenham et Stoll, la confusion est complète entre l'hystérie et les états névropathiques, c'est le mal hypocondriaco-hystérique.

La première tentative de classification fut faite par Robert Whytt (1767) qui tenta dans son *Traité des maladies nerveuses*, de séparer toute une série de troubles nerveux, qui lui paraissaient ne pouvoir être classés ni dans l'hystérie ni dans l'hypocondrie. Plus tard, on note les travaux de Dupan (*Eréthisme nerveux*, 1819) de Franck (*De l'irritation spinale*, 1821), de Dougens (*Névropathie ou vapeurs*, 1821), de Brachet (*la névrospasme*, 1832), de Louyer-Willermay (*hystérisme et hystéricisme*, 1832), de Valleix (*la névralgie générale*, 1841), de Cerise (*la névrose protéiforme*, 1841), de Monneret (*l'hyperesthésie générale*, 1857), de Sandras (*état nerveux, cachexie nerveuse*, 1859), de Bouchut (*nervosisme aigu et chronique*, 1860), de Brochin (*Maladies nerveuses*, *Diction. des sciences médicales*). A ce moment parurent les remarquables travaux de Beard. Je citerai encore, Krishaber (*névropathie cérébro-cardiaque*, 1873), Leven (*Maladie cérébro-gastrique* 1879), et quantité d'autres publications tant en France qu'à l'étranger, qu'il serait trop long de mentionner ici, et qui sont signalées dans notre Index bibliographique.

En somme, comme dit M. Feré dans son ouvrage intitulé « *la Famille névropathique* », la néurasthénie est un état morbide consciencieusement connu et dont l'étude a été renouvelée sous différentes faces dans ces dernières années.

ETIOLOGIE. — La neurasthénie est une maladie assez commune. Elle peut se montrer à tout âge, mais on l'observe plus fréquemment entre 20 et 50 ans, c'est-à-dire dans la période la plus tourmentée de la vie. Elle est rare après 50 ans et plus rare encore entre 10 et 20 ans.

Elle peut être acquise ou héréditaire. Lorsqu'elle est héréditaire elle peut être produite par une neurasthénie (hérédité homologue) ou par l'une quelconque des névroses de la grande famille névropathique (hérédité dissemblable) qui donnent la prédisposition, laquelle selon certains auteurs est indispensable pour créer la neurasthénie.

« L'hérédité, nous dit M. Régis, est la cause essentielle de la neurasthénie. Cette hérédité qui prend sa source dans différentes diathèses, notamment dans les névroses, les psychoses, l'alcoolisme, l'arthritisme, la syphilis, le tabes, détermine dès l'origine chez les sujets, un état de dégénérescence spécial du système nerveux, sur lequel, à l'occasion de circonstances favorables, se développe la maladie. Et plus loin il ajoute : lorsqu'elle est acquise, il est rare qu'il n'existe pas une prédisposition originelle plus ou moins latente ». On voit cependant souvent la neurasthénie se développer de toutes pièces chez un sujet, sans tare héréditaire.

La cause déterminante la plus puissante est le surmenage du système nerveux, avec ses deux éléments : l'excès de travail ou d'excitation et l'insuffisance du repos ou de réparation. Il n'est personne, en effet, parmi ceux qui fournissent un travail intellectuel soutenu, qui n'ait à certains moments éprouvé des phénomènes passagers de neurasthénie ; aussi les excès

de travail intellectuel sont-ils avec raison considérés comme une des causes les plus efficaces de l'épuisement nerveux.

C'est pour cette même raison que l'on observe la maladie plus souvent chez les hommes que chez les femmes.

Sur un total de 828 neurasthéniques, Von Hossling compte 601 cas masculins, et 224 féminins. Sur ces 828 cas, 114 fois l'affection était uniquement imputable au fonctionnement exagéré des facultés intellectuelles.

Les professions qui exigent un travail intellectuel intense, paient un lourd tribut à la névrose. Sont dans ce cas les hommes d'affaires, de finance, les littérateurs, les médecins, les avocats, les jeunes gens qui préparent les concours.

Elle sévit peu au contraire parmi les écoliers, aussi le fameux surmenage scolaire n'a plus l'importance qu'on lui a attribué. On ne le verrait poindre chez les jeunes gens qu'à la fin de leurs études au moment des baccalauréats, des concours d'entrée dans les grandes écoles publiques. Il serait, en particulier, très fréquent chez les polytechniciens. Voici ce que dit M. Charcot à ce propos « Le surmenage se produit seulement par des efforts de volonté dont les enfants sont incapables ; plus tard vers 18, 19 ans lorsqu'il s'agit de passer des examens, des concours, la neurasthénie se montre fréquemment et sévit souvent avec force et tenacité ».

Lorsque le surmenage s'accumule de génération en génération, les individus absolument sains deviennent de plus en plus rares et l'état névropathique peut être la caractéristique du tempérament de familles entières.

de toute une race. De là la fréquence de la neurasthénie et des maladies nerveuses chez les Juifs, les Anglais, les Américains, les Russes des hautes classes. Pour cette même raison la neurasthénie est excessivement rare chez les gens de la campagne, les paysans.

De même que le surmenage intellectuel que nous venons de voir, le surmenage moral, c'est-à-dire le surmenage du cerveau dans la sphère des facultés affectives, a une grande importance. Ainsi agissent les chagrins, les deuils, les revers de fortune, les remords, les amours malheureuses, les préoccupations ambitieuses.

Le surmenage physique peut, lui aussi, amener la neurasthénie, mais il faut alors que le surmenage musculaire soit poussé à l'excès, car les exercices physiques bien dirigés, sont au contraire une méthode de traitement.

Le traumatisme est une cause qui a été souvent signalée. Il produit la neurasthénie ou beaucoup plus souvent l'hystéro-neurasthénie. Ce sont ces cas que l'on observe dans les accidents de chemin de fer par exemple, et que les Anglais ont nommé *railway-spine* ou *railway-brain*. On cite des cas où la névrose est apparue à la suite d'une chute. M. Mathieu, dans son ouvrage, en cite un cas remarquable. Il nous a été donné de voir un cas analogue, nous le trouverons relaté dans une de nos observations.

La peur agit à la façon d'une sorte de traumatisme moral et peut, comme le traumatisme physique, donner naissance à la neurasthénie. Les émotions vives agissent de même.

Les excès ou même l'usage habituel de la plupart des substances qui agissent comme neuro-stimulants

ou neuro-dépresseurs peuvent, chez les individus prédisposés surtout, amener l'apparition de phénomènes de neurasthénie ; ainsi agissent l'alcool, le thé, le café, ce dernier produit par l'abus, ce que M. O. Gueillot, de Reims, a décrit sous le nom de caféisme chronique. (Union scientifique et médicale du nord-est.) Il note l'amaigrissement, la cachexie, la dyspepsie, les vertiges, rarement les palpitations, des fourmillements, des névralgies, la constriction céphalique, l'asthénopie, l'affaiblissement général du système nerveux, l'insomnie, le tremblement (tremblement généralisé à petites secousses, qui rappelle beaucoup le tremblement des alcooliques). N'est-ce pas là dit M. Mathieu, l'ensemble qui caractérise la neurasthénie.

M. Krishaber dit n'avoir observé que rarement les excès alcooliques comme causés d'épuisement nerveux, mais par contre il fait entrer en ligne de compte l'abus du tabac, du café et du thé.

D'après M. Levillain, le tabac engendre un état voisin de la neurasthénie. Il détermine, en effet, chez ceux qui en font abus : des vertiges, de la céphalalgie, de l'amblyopie et même de l'angine de poitrine.

Si l'on peut dire que les excès génitaux sont une cause fréquente et puissante de neurasthénie, on peut dire aussi que faire des excès génitaux est déjà un signe de névropathie. Il ne faut donc pas attribuer à l'onanisme ou aux excès sexuels, ce qui appartient à la névropathie antérieure.

L'hérédité neuro-arthritique est une cause prédisposante par excellence, elle peut même suffire à créer de toutes pièces l'état neurasthénique, sans qu'aucune des causes provocatrices de la névrose, soit intervenue. La parenté de la neurasthénie avec l'arthritisme est

tellement fréquente que certains auteurs appellent la neurasthénie une « névrose arthritique » (Huchard).

Récemment M. Vigouroux a confirmé la relation qui unit ces deux états morbides, en démontrant par une série de nombreuses analyses, que l'urine des neurasthéniques était hyperacide avec diminution des produits excrémentiels et augmentation anormale des produits d'oxydation incomplète, c'est-à-dire une urine d'arthritique, de ralenti de la nutrition.

Les maladies organiques et infectieuses ont également une part importante dans l'étiologie de la neurasthénie.

On l'a vu apparaître après des hémorrhagies répétées, dans le cours d'affections chroniques de l'estomac, de l'intestin, des organes génitaux urinaires, de la vessie, de l'utérus et de ses annexes, et de tous les états morbides qui entraînent des troubles de la nutrition générale. Parmi les maladies infectieuses aiguës, on a souvent noté l'influenza, la fièvre typhoïde, la puerpéralité, qui semblent particulièrement aptes à produire l'épuisement nerveux.

L'influence de la syphilis acquise sur le développement de la neurasthénie a été récemment mise en relief par M. le professeur Fournier ; elle contribue à montrer l'atteinte grave portée par le poison syphilitique à la nutrition et à la vitalité du système nerveux. M. le professeur Kowalewsky (de Kharkow) dans son travail (*Neurasthenia und syphilis*) va jusqu'à admettre une neurasthénie d'origine hérédosyphilitique.

La neurasthénie serait assez fréquente dans le saturnisme. M. Guinon a cité un cas d'hystéro-neurasthénie d'origine saturnine. Elle serait aussi quelquefois associée au tabes, à la maladie de Basedow, à l'en-

céphalite diffuse. A propos de cette dernière affection nous en reparlerons au point de vue du diagnostic.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes de la maladie de Beard sont si nombreux et si divers, que les auteurs ont l'habitude de grouper les plus fréquents et les plus caractéristiques, ceux qui dominent en quelque sorte le tableau clinique de la maladie, et de les réunir sous le nom de symptômes cardinaux, symptômes essentiels ou stigmates, comme on a décrit les stigmates de l'hystérie.

Les autres symptômes, importants également, mais moins constants, moins caractéristiques, sont habituellement décrits sous le nom de symptômes secondaires. Ils constituent en quelque sorte, les petits symptômes de la névrose, car ils peuvent aussi se rencontrer en dehors de la neurasthénie, chez des névropathes d'espèces diverses.

Nous distinguerons donc les symptômes essentiels, les symptômes secondaires et les signes objectifs.

1° *Symptômes essentiels ou stigmates.* — Ces symptômes que nous passerons successivement en revue, sont : la céphalée, l'asthénie neuro-musculaire, la rachialgie, la dyspepsie par atonie gastro-intestinale, l'insomnie, la dépression cérébrale.

La céphalée est un symptôme à peu près constant. M. Lafosse l'a rencontré 44 fois sur 45 cas ; il le considère comme à peu près obligatoire. D'après MM. Bouveret, Levillain et Mathieu c'est là une proportion exagérée. Ces auteurs l'ont rencontrée un peu moins souvent, soit seulement dans les 3/4 ou les 4/5 des cas.

Cette céphalée neurasthénique est variable, elle consiste habituellement en une sensation de malaise

indéfinissable, de pesanteur, de vide, de constriction, de flot mobile dans le crâne, soit encore en une sensation plus nette de céphalalgie. Les malades comparent cette sensation à celle que donnerait une coiffure trop lourde ou trop serrée ; c'est la sensation du casque, le casque neurasthénique de M. Charcot.

On peut, en effet, lui donner ce nom car longtemps avant la description de Beard, il avait coutume de désigner les névropathes, chez lesquels il l'observait sous le nom de *galeati* (*galeatus*, qui porte un casque). D'autres fois les malades ont la sensation d'un cercle de plomb, d'un bandeau, d'une bague trop serrée sur la tête, avec un maximum souvent occipital, plus rarement frontal, comme si le chaton de cette énorme bague pesait davantage soit en avant soit en arrière.

La céphalée n'est pas toujours généralisée à tout le crâne, elle est parfois localisée au front, aux yeux, à la racine du nez, à l'une des fosses temporales mais surtout à la nuque et à l'occiput. Cette dernière localisation est la plus commune (Dutil). Il est rare que la douleur soit réellement très pénible, qu'elle soit comparable par exemple à celle de la migraine ; aussi les neurasthéniques qui, ce qui n'est pas extrêmement rare, sont en même temps migraineux font-ils parfois très facilement la différence entre ces deux céphalalgies.

Parfois les malades se plaignent seulement d'une lourdeur de tête vague et profonde, d'une pesanteur générale avec sensation d'obnubilation des sens et de torpeur de l'esprit ; d'autres éprouvent comme une sensation de corps flottants dans la cavité crânienne. Il leur semble qu'il y a dedans quelque chose qui remue, un liquide qui se déplace, lorsqu'ils font un

mouvement d'une certaine amplitude, en particulier lorsqu'ils se baissent.

La céphalée neurasthénique peut n'exister que d'un seul côté. On observe quelquefois dans ce cas, de la faiblesse, ou une sensation de pesanteur dans les membres correspondants. Cet état constitue l'hémi-neurasthénie que M. Charcot a si bien décrite sous le nom de forme dimidiée de la neurasthénie.

La céphalée est quelquefois continue ; dans la plupart des cas elle passe par des alternatives de répit et d'exaspération. Quelques malades cependant n'ont jamais la tête complètement libre.

Elle est plutôt diurne que nocturne, souvent même elle cesse pendant la nuit, ce qui la distingue de la céphalée syphilitique.

C'est après le réveil, dans les moments qui précèdent le premier repas, qu'elle se montre la plus vive. Après les repas elle est calmée ou supprimée. Quelquefois au contraire, elle est provoquée par l'ingestion des aliments.

En général, elle est augmentée par la lecture, le travail intellectuel, le bruit, les émotions morales, une conversation un peu prolongée.

Les malades se plaignent quelquefois de ressentir des battements douloureux dans la tête ; ces battements sont produits par l'ondée sanguine, chacun d'eux correspond à une pulsation cardiaque.

Beard a signalé la sensibilité exagérée du cuir chevelu, véritable hypéresthésie, qui prend chez quelques malades une telle intensité, que quelques-uns ne supportent que difficilement le passage du peigne dans les cheveux ; les redresser ou les incliner dans un sens contraire à celui dans lequel ils sont habituellement

leur cause une sensation particulièrement désagréable.

La céphalée neurasthénique n'a pas par elle-même de gravité, elle est plutôt incommode lorsque les paroxysmes se rapprochent et surtout lorsqu'elle tend à devenir à peu près permanente.

D'après Beard, la céphalée sert de guide pour savoir si la neurasthénie s'accroît ou s'améliore, selon qu'elle s'accroît ou s'améliore elle-même.

Chez les jeunes gens on distinguera la céphalée neurasthénique de la céphalée de croissance, celle-ci est plus volontiers frontale, tandis que la céphalée neurasthénique est plutôt occipitale.

— *L'asthénie neuro-musculaire* est l'affaiblissement de l'énergie motrice. C'est une fatigue non motivée, une vague sensation de lassitude. C'est un symptôme fréquent et qui, comme la céphalée manque rarement dans la neurasthénie. On l'observe à des degrés plus ou moins prononcés.

Elle est parfois très accusée et la station debout ou une marche un peu prolongée, provoquent une fatigue extrême.

Les malades ne se plaisent que couchés ou assis, leurs gestes sont lents, exténués, leur parole faible et languissante. Ils se condamnent pendant des semaines et des mois à la réclusion et à l'immobilité. C'est l'asthénie de Neftel.

Les membres inférieurs sont plus et plus souvent atteints que les membres supérieurs. Dans les cas extrêmes on les croirait paraplégiques, il n'y a cependant aucune modification des réflexes ni des réactions électriques. La sensibilité est intacte, contrairement à ce que l'on observe en cas semblable dans l'hys-

térie : enfin, il n'y a pas du côté de l'appareil vésical ces troubles fonctionnels si fréquents dans les paraplégies symptomatiques d'une lésion médullaire.

Il n'y a nul doute qu'à ce degré, ces états ne relèvent en grande partie de l'imagination, ils sont entretenus par la commisération attendrie et prévenante d'un entourage alarmé. Cependant, sous l'influence d'un effort, d'une frayeur, de la volonté, de la colère, les malades peuvent quelquefois retrouver tout à coup et momentanément leur énergie.

La lassitude et la débilité musculaire des neurasthéniques, existent dès le matin, au réveil. Beaucoup de malades se sentent plus fatigués le matin au lever qu'ils ne l'étaient la veille au soir, avant de se coucher. D'autres sont exténués comme s'ils n'avaient pas passé la nuit dans leur lit.

Cette asthénie neuro-musculaire ne se manifeste pas toujours d'une façon continuelle, elle procède quelquefois par accès, et revient à intervalles plus ou moins éloignés.

Elle disparaît quelquefois après les repas, comme la céphalée, d'autres fois au contraire, surtout chez les neurasthéniques chez lesquels prédominent les troubles gastriques, c'est pendant la digestion que l'asthénie neuro-musculaire est plus prononcée.

On l'observe plus souvent chez les femmes.

La rachialgie est un symptôme moins constant que les deux précédents.

Les malades qui en sont atteints se plaignent tantôt de courbature, de douleurs contusives, le long de la colonne vertébrale, tantôt de douleurs vives comparables aux douleurs lancinantes d'une névralgie,

d'autres fois ce sont des sensations de chaleur, de brûlures.

Quelquefois la rachialgie neurasthénique consiste en des sensations soit de pression, soit de serrement ou de gêne. Ces sensations sont ordinairement accrues où réveillées par les mouvements de la colonne vertébrale, la pression sur les apophyses ; elles s'accompagnent parfois d'hypéresthésie de la peau, à tel point que le contact des vêtements devient désagréable.

La rachialgie neurasthénique peut occuper toutes les régions de la colonne vertébrale. On l'observe le plus souvent au niveau de la proéminente, à la région lombaire et à la région sacrée. Cette dernière est considérée comme son siège de prédilection.

Il existe, en effet, très souvent au niveau du sacrum, une petite étendue, une plaque, douloureuse, soit spontanément soit à la pression ; c'est la plaque sacrée de M. Charcot.

— *Troubles gastro-intestinaux.* Parmi les stigmates de la neurasthénie, nous dit M. Dallemagne, celui qui semble tenir le premier rang c'est la dyspepsie. Sa fréquence ne dépasse peut-être pas celle de la céphalée ou de l'asthénie névro-musculaire, mais son importance doctrinale lui crée une place spéciale entre les symptômes essentiels de la neurasthénie.

Il existe deux opinions au sujet de la névrose. L'une représentée par M. Charcot et ses élèves fait de la neurasthénie une maladie essentiellement nerveuse ; c'est du système nerveux que tout vient, c'est vers lui que tout retourne, les troubles organiques eux-mêmes seraient tributaires d'altérations nerveuses préalables. Le neurasthénique dyspeptique serait avant tout un névropathe.

L'autre doctrine soutenue par MM. Bouchard et Hayem, raisonne inversement. Le chimisme stomacal troublé constituerait le facteur principal de la névrose. M. Bouchard lui attribue l'origine de fermentations putrides aboutissant à une réelle intoxication. Pour M. Hayem, une assimilation anormale serait le résultat des troubles digestifs, et les accidents nerveux proviendraient de cette assimilation défectueuse.

Quoiqu'il en soit les troubles dyspeptiques constituent un des caractères pathognomoniques de la neurasthénie, bien que l'on ne puisse pas regarder comme spécialement et comme exclusivement propres à la neurasthénie les formes de dyspepsie que l'on observe.

On peut encore les rencontrer chez des nerveux qui ne sont pas des neurasthéniques, chez de simples arthritiques et aussi chez des malades atteints de gastrite (Mathieu).

M. Bouveret a proposé de donner aux troubles digestifs neurasthéniques, le terme d'atonie gastro-intestinale neurasthénique et M. Mathieu celui de dyspepsie nervo-motrice avec ou sans hyperchlorhydrie.

On peut avec M. Mathieu distinguer trois formes de dyspepsie nerveuse.

1^o Dyspepsie nervo-motrice avec ou sans hypochlorhydrie.

2^o Hypochlorhydrie et stase gastrique permanente avec ou sans hyperacidité organique.

3^o Hyperchlorhydrie.

La dyspepsie nervo-motrice avec ou sans hypochlorhydrie est la forme la plus fréquente, elle présente des degrés divers. Elle peut aboutir en dernier terme

à la dilatation de l'estomac, avec stases, fermentations anormales, et, en conséquence, hyperacidité organique. On distingue une forme légère et une forme grave.

Dans la forme légère, l'appétit est conservé ou à peine diminué, la langue est normale ou un peu blanche. Quelquefois avant le repas, la faim est vive et impérieuse. Habituellement, aussitôt après le repas les malades éprouvent plutôt une sensation de bien être, c'est une trêve, ils se sentent dispos, mais cette période ne dure pas. Au bout d'une demi-heure, une heure, survient de la pesanteur au creux épigastrique, du ballonnement, la tête est lourde, les idées moins nettes, le travail intellectuel est pénible, on observe des bouffées de chaleur, des renvois gazeux inodores sans aigreurs.

Tout cela finit avec la digestion.

Il y a habituellement de la constipation, avec alternatives de diarrhée, de selles glaireuses, parfois il y a des coliques.

L'atonie du tube digestif porte, en effet, tout autant sur l'intestin que sur l'estomac, il y a en réalité dyspepsie gastro-intestinale. L'estomac et l'intestin sont distendus par les gaz, aussi les malades sont-ils soulagés par l'évacuation des gaz par la voie buccale ou la voie intestinale.

Dans les formes plus graves l'appétit est diminué, il peut même y avoir inappétence absolue, la langue est sale, les malaises éprouvés après les repas, plus précoces, plus accentués, avec douleur et sensation de brûlure à l'estomac. Les renvois s'accompagnent fréquemment d'aigreurs et de pyrosis. Dans la direction du colon transverse on observe 2 ou 3 heures après

les repas, des douleurs tardives, attribuables à l'intestin.

Au bout d'un certain temps surviennent des signes d'abaissement de la nutrition générale. Les malades maigrissent, leur peau est jaune et sèche.

Dans ces cas accentués de dyspepsie nervo-motrice, il y a hypochlorhydrie, l'Hcl libre est nul, l'Hcl combiné en petite quantité.

L'acidité totale est tantôt, à peu près normale, ou supérieure à la normale, tantôt elle est très inférieure. L'hypéracidité totale doit être imputée aux fermentations anormales, celles-ci sont favorisées par l'absence ou l'insuffisance de l'acide chlorhydrique, dont le rôle parasiticide a été démontré par MM. Strauss et Wurtz.

La deuxième forme de dyspepsie neurasthénique est caractérisée par une stase permanente des aliments dans la cavité de l'estomac, accompagnée d'hypochlorhydrie, avec ou sans hypéracidité organique. Cette forme est relativement rare. La dilatation de l'estomac est très marquée, il y a des aigreurs, des vomissements, des douleurs plus ou moins vives au creux épigastrique. Acidité souvent supérieure à la normale, peu de peptones, hypochlorhydrie, voilà ce que l'on trouve dans ces conditions.

Dans la troisième forme, on observe de l'hyperchlorhydrie. Elle est assez fréquente, puisque d'après M. Mathieu, il y a un hyperchlorhydrique sur 4 ou 5 dyspeptiques.

La sécrétion exagérée d'acide chlorhydrique, peut, on le sait, se présenter sous trois aspects principaux. 1^o La simple exagération d'acidité chlorhydrique pendant les périodes de la digestion. 2^o Les crises d'hypersécrétion chlorhydrique s'accompagnant de

vomissements. 3° L'hypersécrétion continue avec dilatation de l'estomac et stase permanente (maladie de Reichmann) qui est la forme la plus grave.

Ces trois variétés différentes d'hyperchlorhydrie peuvent être observées chez les neurasthéniques.

— *L'insomnie* constitue un des symptômes cardinaux de la neurasthénie. On l'observe surtout dans les formes de neurasthénie cérébrale. Elle est plus accusée à la suite de travaux intellectuels, de préoccupations, des passions dépressives.

Les malades s'endorment à grand peine. Ils ont la conviction que leur nuit sera mauvaise, ils se tracasent et cela contribue à les tenir éveillés, ils font de l'auto-suggestion. D'autres fois, les malades s'endorment assez facilement, mais après quelques heures d'un sommeil lourd, ils sont subitement réveillés par des secousses, des rêves terrifiants, des cauchemars; ils se tournent et se retournent dans leur lit, en appelant de tous leurs vœux le sommeil qui ne vient pas et qui souvent ne reparait que le matin, au moment où le malade devrait se lever.

Les cauchemars, les rêves terrifiants, paraissent jouer un certain rôle dans la production de la dépression nerveuse, que nous avons déjà vue, dans l'asthénie neuro-musculaire, et dont nous reparlerons quand nous décrirons la dépression cérébrale, dans l'état mental des neurasthéniques.

« Les rêves, dit M. Levillain, paraissent constituer une forme pathologique du sommeil. Certains individus, bien constitués, vigoureux et sains, beaucoup de paysans ne connaissent pas le rêve ». D'après M. Mathieu cette opinion ne paraît pas démontrée,

beaucoup de personnes rêvent sans en conserver le souvenir.

Pour fixer un songe dans sa mémoire, il faut y attacher son attention le matin au réveil, sans cela le souvenir en disparaît avec la plus grande facilité. Beaucoup qui n'ont jamais fait le matin, cet espèce d'examen de conscience, déclarent avec une bonne foi parfaite, qu'ils ne rêvent pas, alors qu'ils rêvent en réalité toutes les nuits.

Ils n'ont, sans doute, pas ces cauchemars effrayants dont le souvenir s'impose, c'est tout ce que l'on peut dire.

La dépression cérébrale est un symptôme constant dans la neurasthénie, car quelle que soit la forme clinique que revête la maladie, celle-ci ne va jamais sans un désordre psychique appréciable. L'abaissement de la volition en est le phénomène le plus important.

Nous décrirons plus longuement la dépression cérébrale, lorsque nous parlerons de l'état mental des neurasthéniques.

2° *Symptômes secondaires*. — Les symptômes secondaires par la prédominance de leur localisation sur tel ou tel organe, peuvent modifier l'aspect de la maladie et lui donner une forme particulière.

Les principaux de ces symptômes secondaires sont : les vertiges, les troubles de la motilité, les troubles de la sensibilité, les troubles des organes, des sens, de la circulation, de la respiration, des organes génito-urinaires.

— Le vertige neurasthénique se montre ordinairement sous forme d'accès intermittents. Ces accès ap-

paraissent tantôt avant les repas, tantôt après, au milieu des troubles de la crise gastrique.

Ils sont légers ou intenses. Ils se manifestent quelquefois d'une façon continue : ce sont ces derniers que M. Charcot décrivait comme une forme spéciale de la névrose, et qu'il appelait la forme vertigineuse de la neurasthénie.

Mais habituellement, les accès de vertige, qu'ils soient légers ou intenses, ne durent que quelques minutes. Les malades éprouvent d'abord une obnubilation de la vue, des bourdonnements et des sifflements d'oreilles avec sensation de vide dans la tête, s'accompagnant quelquefois de nausées, puis le malade se trouve dans un état d'accablement et d'émoi qui, la plupart du temps, ne tarde pas à se dissiper.

D'autres fois les malades éprouvent dans la rue une incertitude particulière de la marche, ils se sentent comme poussés tantôt en avant, en arrière ou latéralement, ils titubent comme des gens ivres, et il leur semble que le sol s'élève et s'abaisse sous leurs pieds.

— Troubles de la motilité. En plus de l'asthénie neuro-musculaire, on observe du tremblement, du tressaillement fibrillaire des muscles, des crampes musculaires.

Le tremblement chez les neurasthéniques n'est qu'un tremblement névropathique, c'est un tremblement vibratoire caractérisé par des oscillations brèves et rapides rappelant le tremblement de la maladie de Basedow. (8 à 12 oscillations par seconde).

Il est surtout apparent dans les membres supérieurs.

Les crampes musculaires s'observent fréquemment mais n'ont pas une importance bien grande, car c'est

surtout un phénomène névropathique. On les observe surtout au lit, soit pendant la nuit, soit principalement au réveil, sous l'influence d'une contraction musculaire ; elles affectent de préférence les muscles de la jambe.

Chez les neurasthéniques qui exercent une profession ou la contraction est souvent répétée dans le même groupe musculaire, on observe ces crampes qui ont été décrites sous le nom de crampes des écrivains, des pianistes, des télégraphistes, des danseurs, etc.

— Les troubles de la sensibilité sont surtout caractérisés par de l'hypersensibilité, qui est quelquefois très accusée, ainsi que nous l'avons vu en décrivant la rachialgie et en signalant l'hypéresthésie du cuir chevelu.

Dans certains cas, cependant rares, l'hypersensibilité au froid, à la chaleur, au contact, s'étend aux membres, au tronc même. Ce sont ces cas que Rosenthal a décrits sous le nom de forme hypéresthésique de la neurasthénie et auxquels on donne le nom d'hypéresthésie générale de Monneret.

Quelquefois cette sensibilité morbide est accrue sous l'influence du vent, ou de l'état hygrométrique de l'atmosphère.

D'après M. Mathieu quelques-uns de ces malades sont de véritables baromètres vivants, les variations de l'état atmosphérique retentissent très vivement sur eux, ils sont particulièrement sensibles à l'approche de l'orage. Ils éprouvent du prurit, des picotements, des fourmillements, des sensations de brûlure aux orteils. Ces malades ressentent parfois des douleurs

névralgiques localisées sur un trajet nerveux, douleurs qui sont quelquefois fulgurantes.

On peut rencontrer sur la peau des plaques hyperesthésiques de dimensions variables ; dans ces cas on a également cité des sujets qui avaient la sensation de duvet, de coton sous la plante des pieds pendant la marche ce qui peut prêter à confusion avec le tabes vrai.

— Troubles des organes des sens. Du côté de la vue on observe assez fréquemment chez les neurasthéniques de la congestion des conjonctives. Les pupilles sont paresseuses à la lumière et habituellement dilatées, quelquefois cependant elles sont resserées, on les voit parfois inégales.

À l'ophthalmoscope on observe de la congestion de la rétine, qui selon Beard serait l'indice d'une congestion analogue de l'encéphale.

On a signalé l'asthénopie neurasthénique, souvent rebelle et tenace, et qui d'après Weir Mitchell indiquerait le caractère grave et rebelle de l'épuisement nerveux. L'asthénopie consiste en une fatigue rapide de la vue produite par toute occupation nécessitant une application soutenue comme la lecture, l'écriture, les travaux de la couture, les malades éprouvent une sensation pénible de tension oculaire. On ne constate cependant aucune lésion des milieux transparents de l'œil ni de la rétine.

Chez certains neurasthéniques on observe l'expression hésitante du regard ; on a noté de même le rétrécissement du champ visuel, et le scotome.

Du côté de l'ouïe, l'acuité auditive est parfois très prononcée et produit une sensation de malaise et d'agacement (Krishaber)

Du côté du goût et de l'odorat, on observe comme chez tous les névropathes des bizarreries de ces sens.

— Les troubles de la circulation ont variés dans la neurasthémie. La tachycardie est fréquente, elle est caractérisée par l'accélération du pouls qui peut atteindre 110, 120, 130 pulsations par minute.

Les palpitations nerveuses sont assez fréquentes. M. Huchard a décrit la fausse angine de poitrine des neurasthéniques.

En dehors des douleurs symptomatiques de l'angine de poitrine, vraie ou fausse, on observe encore certaines névralgies cardiaques, appelées cardialgie. Comme chez tous les névropathes, les troubles vaso-moteurs sont communs chez les neurasthéniques, la rougeur émotile apparaît souvent très accusée chez ces malades, elle s'étend quelquefois au tronc donnant naissance à ce que l'on appelle la roséole émotile.

On signale aussi une grande tendance au refroidissement des extrémités.

— Les troubles de la respiration sont caractérisés par de l'oppression et de la toux nerveuse.

Beard prétend que la bronchite rhino-spasmodique est fréquente chez les neurasthéniques.

— Les troubles des organes génitaux urinaires sont fréquents. Quand ils sont prédominants, ils caractérisent une forme spéciale de la névrose : la neurasthénie génitale.

Dans la première phase, il y a habituellement de l'irritation, du priapisme, dans la seconde on observe l'impuissance, la spermatorrhée, celle-ci a lieu le plus souvent pendant le sommeil, quelquefois pendant les efforts de la défécation, parfois simplement à la fin de la miction. Cette spermatorrhée affaiblit les sujets,

exagère la neurasthénie et la rend moins curable.

— En plus de ces symptômes secondaires on a signalé la fièvre neurasthénique, mais son existence n'est pas bien prouvée.

3° *Signes objectifs.* — Il n'existe pas de signes objectifs de la neurasthénie, c'est une maladie à manifestations à peu près subjectives, elle échappe à l'appréciation objective.

On a cependant donné comme signe objectif, les modifications rapides de la tension vasculaire, à quelques heures, quelques instants d'intervalle, modifications contrôlées par les tracés sphymographiques.

L'esthesiomètre permet de donner dans certaines conditions la mesure des troubles de la sensibilité.

Le dynamomètre peut également servir à mesurer le degré d'asthénie musculaire. Mais malheureusement la neurasthénie est une maladie dans laquelle un grand nombre de symptômes peuvent facilement se simuler, ce qui, on le comprend, peut rendre le médecin fort perplexe, quand il s'agit de neurasthénie consécutive à une chute, un accident de chemin de fer, par exemple, les malades dans ce cas ayant intérêt à exagérer leur maladie pour obtenir des indemnités. On a même vu des personnes bien portantes mais prévenues, la simuler dans le même but.

Classification des différentes formes cliniques de la neurasthénie. — Les auteurs qui ont classé les différentes formes de neurasthénie se sont basés sur la prédominance de certains symptômes, de leur combinaison et de la répartition des phénomènes ; de là un certain nombre de variétés cliniques propres à chacun.

Les principales classifications qui ont été faites sont les suivantes :

Beard :

- Cérébrasthénie.
- Myelasthénie.
- Forme gastrique.
- Forme génitale.
- Neurasthénie traumatique.
- Hemineurasthénie.
- Hystéro-neurasthénie.

M. Bouveret :

- Neurasthénie cérébro-spinale.
- Neurasthénie cérébrale.
- Neurasthénie spinale.
- Neurasthénie aiguë.
- Neurasthénie héréditaire.
- Neurasthénie féminine.
- Neurasthénie génitale.
- Hystéro-neurasthénie.
- Hystéro-neurasthénie traumatique.

M. Levillain :

1^o Variétés cliniques.

- Forme cérébro-spinale commune.
- Hemineurasthénie.
- Cérébrasthénie.
- Myelasthénie.
- N. cérébro-gastrique et cérébro-cardiaque.
- Névrose gastrique.
- Neurasthénie sexuelle de Beard.

II^o Variétés étiologiques.

Neurasthénie traumatique.

Hystéro-neurasthénie.

Neurasthénie héréditaire.

Neurasthénie féminine.

Neurasthénie mâle et ouvrière.

M. Blocq.

1^o Neurasthénie générale, c'est-à-dire sans prédominance excessive d'aucun syndrome.

2^o Neurasthénie avec prédominance d'un syndrome relevant plus particulièrement

α : de l'appareil cérébral (N. cérébrale).

ϵ : de l'appareil nerveux spinal (N. spinale).

γ : de l'appareil nerveux sympathique (N. sympathique).

δ : de l'appareil nerveux périphérique (N. périphérique).

M. Mathieu divise tout d'abord la neurasthénie en 3 grands groupès.

1^o La neurasthénie est simple, exempte de tout signe marqué de dégénérescence, exempte de toute autre névrose surajoutée.

2^o La neurasthénie s'accompagne de signes certains, accusés de dégénérescence.

3^o A la neurasthénie se surajoutent des stigmates d'une ou plusieurs autres névroses.

Puis il subdivise ces 3 formes selon leurs localisations sur les différents appareils.

Système nerveux :

N. cérébro-spinale.

N. cérébrale.

N. spinale.

N. périphérique.

- Appareil digestif (N. dyspeptique.

Appareil circulatoire (N. cardiaque).

Appareil génito-urinaire (N. génitale).

M. Pitres admet 6 formes de neurasthénie.

Forme cérébrale, forme spinale ou rachialgique, forme névralgique, forme gastro-intestinale, forme générale.

M. Charcot n'attache que peu d'importance à ces divisions et à la localisation des symptômes sur tel ou tel appareil. Il importe avant tout, selon lui, de distinguer les formes légères et les formes graves.

Nous allons dire quelques mots sur chacune des formes spéciales, que peut revêtir la neurasthénie, en suivant dans l'ordre les formes suivantes : neurasthénie cérébro-spinale. Hémineurasthénie. Neurasthénie spinale. Neurasthénie dyspeptique. Neurasthénie cardiaque. Neurasthénie génitale. Neurasthénie périphérique. Hystéro-neurasthénie. Neurasthénie héréditaire.

La neurasthénie cérébro-spinale est la forme que l'on rencontre le plus habituellement. C'est, nous dit M. Dutil, le tableau moyen qui a servi de base à toutes les descriptions.

Dans cette forme les troubles cérébraux et les troubles viscéraux existent à des degrés divers mais sans prédominer les uns sur les autres, c'est un ensemble

dont toutes les parties se balancent sans l'emporter notablement les unes sur les autres.

L'hémineurasthénie est caractérisée par la prédominance des phénomènes anormaux dans une moitié du corps.

C'est cette forme que M. Charcot appelait la neurasthénie dimidiée. Longtemps avant la description de Beard il appelait les malades atteints de cette forme, les hémigaleati. Cette modalité est relativement rare.

Dans la neurasthénie spinale ce sont les douleurs viscérales qui prédominent. La rachialgie et la faiblesse des membres sont plus accentuées que dans les autres formes, aussi dans ces cas l'auto-suggestion aidant, les malades se figurent-ils souvent, avoir une maladie de la moelle épinière.

La neurasthénie dyspeptique est caractérisée par la prédominance des troubles gastro-intestinaux que nous avons déjà mentionnés.

La neurasthénie cardiaque est cette forme qui a été décrite par Krishaber, en 1873, sous le nom de névropathie cérébro-cardiaque.

Les excès vénériens, la masturbation favorisent le développement de la neurasthénie génitale. Cette forme est caractérisée surtout par des pollutions nocturnes, des éjaculations hâtives, des érections fréquentes, puis plus tard par de l'impuissance.

La neurasthénie périphérique est caractérisée par la prépondérance des manifestations du côté du système nerveux périphérique. On observe des douleurs vagues rhumatoïdes qui constituent une sorte de pseudo tabes neurasthénique.

M. Blocq a décrit sous le nom de neurasthénie monosymptomatique à forme douloureuse, une forme de

neurasthénie, qui peut ne se manifester que par un seul symptôme, qui consiste en une douleur fixe ou en plaques douloureuses siégeant sur des parties différentes du corps ou limitées dans une région variable, mais non en rapport avec un district anatomiquement ou physiologiquement délimité. Il a donné le nom de topoalgies à ces plaques douloureuses.

M. Huchard attache une grande importance clinique à ces topoalgies, et propose de les appeler algies centrales pour bien montrer leur nature psychique.

L'hystero-neurasthénie est une forme qui est presque particulière aux traumatisés. M. Mathieu dit en avoir observé un certain nombre de cas, à la suite de l'accident de chemin de fer de Saint-Mandé.

Lorsque la neurasthénie est héréditaire elle se distingue par l'intensité et la précocité de l'apparition de ses symptômes caractéristiques, et par sa longue durée. Elle dérive alors de la famille névropathique et l'hérédité est habituellement chargée ; l'hérédité dit M. Magnan, c'est la cause des causes.

DIAGNOSTIC. — Si le diagnostic de la neurasthénie est chose facile dans la plupart des cas, dans certaines circonstances il ne laisse pas d'être très délicat.

Nous allons examiner successivement les différentes affections que simule la névrose et celles avec lesquelles elle peut être confondue.

Paralysie générale. — Le diagnostic différentiel de la neurasthénie et de la paralysie générale au début, est quelquefois très difficile, parfois même impossible et l'évolution seule de la maladie peut permettre l'affirmative dans un sens ou dans l'autre.

Le diagnostic est d'autant plus difficile que non seu-

lement les symptômes de la neurasthénie simulent quelquefois la paralysie générale au début, mais que souvent la paralysie générale se complique de neurasthénie et que d'autres fois elle fait suite à une neurasthénie bien caractérisée et existant depuis longtemps.

Cette dernière a été nommée neurasthénie préparalytique. C'est surtout la neurasthénie syphilitique, décrite par M. le professeur Fournier, qui exposera plus que toute autre à la confusion.

Il faut rechercher avec soin les symptômes propres à la paralysie générale et s'efforcer de découvrir s'il n'y a pas ébauche de conceptions délirantes.

Dans les 2 affections on observe au début : l'incapacité au travail intellectuel, de la faiblesse de la mémoire, la diminution de l'attention, des préoccupations hypocondriaques, des idées tristes, de l'émotivité, de la céphalée, des troubles digestifs, des poussées congestives vers la tête. Ces symptômes sont à peu près également marqués dans les deux cas. Cependant les préoccupations hypocondriaques du neurasthénique n'ont pas l'absurdité de celles du paralytique général, il souffre mais s'exagère son mal.

L'inégalité pupillaire est rare et fugace dans la neurasthénie, tandis qu'elle est très fréquente dans l'encéphalite diffuse. On recherchera attentivement le tremblement de la parole et la contraction fibrillaire des muscles de la face qui sont peu marqués au début. L'état des réflexes n'aura que peu d'importance, car si habituellement ils sont augmentés dans la neurasthénie, ils sont aussi quelquefois abolis.

On voit donc que tout à fait au début, surtout lorsque l'encéphalite diffuse revêt la forme neurasthénique, le diagnostic est assez délicat. Aussi ne devra-t-on

porter le diagnostic de neurasthénie que lorsque l'on sera bien certain que le malade n'est pas paralytique général.

Tabes. — Si l'on éprouve parfois de grandes difficultés pour établir le diagnostic différentiel entre la neurasthénie et la paralysie générale, on se trouve souvent aussi fort embarrassé lorsqu'il s'agit d'ataxie locomotrice et l'on peut dire que c'est avec cette maladie que la neurasthénie est le plus souvent confondue. Il existe en effet, certaines analogies entre les deux affections, surtout lorsque la neurasthénie revêt la forme spinale. Dans ce cas les malades éprouvent des névralgies lancinantes, des douleurs fulgurantes, des décharges électriques dans les membres inférieurs, une certaine incertitude de la marche, ils se sentent faibles sur leurs jambes, il leur semble marcher sur du coton. Quelquefois même, surtout lorsqu'il s'agit de myélasthénie d'origine génitale, on observe des troubles génitaux, des pollutions nocturnes, de la précocité de l'éjaculation, de l'impuissance, de la spermatorrhée, des envies fréquentes d'uriner.

Parfois les yeux étant fermés la station verticale est mal assurée, phénomène qui rappelle le signe de Romberg. Ces malades sont atteints du pseudo-tabes neurasthénique.

M. P. Blocq a remarqué que ce pseudo-tabes neurasthénique se rencontre principalement soit chez des médecins ou des étudiants en médecine, soit chez des personnes qui ont soigné quelque parent ataxique, ou étudié le tabes dans des livres de médecine.

Dans ces cas de pseudo-tabes on s'appuiera surtout pour faire le diagnostic différentiel sur l'absence du signe de Romberg et du signe d'Argyll Robertson, il

n'y a ni anesthésie, ni phénomènes sphinctériens ; les réflexes sont habituellement conservés dans la neurasthénie.

Les douleurs que les neurasthéniques ressentent dans les membres sont aussi moins intenses que les crises fulgurantes des ataxiques ; de même l'asthénie gastro-intestinale neurasthénique ne ressemble nullement aux crises gastriques de l'ataxie.

Tumeurs cérébrales. — Avec les tumeurs cérébrales l'hésitation ne saurait être de longue durée ; en effet, si le vertige et la céphalée peuvent faire songer un instant aux tumeurs cérébrales, l'erreur ne saurait être admise.

D'ailleurs les caractères de la céphalée ne sont pas les mêmes dans les deux cas ; dans les tumeurs cérébrales elle est, en effet, beaucoup plus violente, plus forte, survenant par crises avec des exacerbations douloureuses.

Le vertige neurasthénique n'a pas non plus la violence de celui qu'on observe dans les cas de tumeur cérébelleuse, il n'en a pas non plus les caractères.

Dans les cas de tumeurs cérébrales on voit, en outre, apparaître des signes de compression cérébrale, la névrite optique, de la paralysie des nerfs crâniens, des phénomènes d'excitation ou de paralysie motrice. Il sera donc impossible dans ces cas de confondre les deux états morbides.

Myélite chronique. — Dans les cas de myélasténie on peut quelquefois se poser la question de savoir s'il existe ou non une affection médullaire. C'est l'asthénie motrice des membres inférieurs qui fait songer au diagnostic de myélite subaiguë ou chronique ; mais cette asthénie, n'est pas une paralysie véritable, elle

peut durer fort longtemps avec les mêmes caractères sans aggravation et présenter des périodes de rémission.

Il n'y a pas en effet dans la neurasthénie de véritable paralysie, mais seulement des affaiblissements passagers et mobiles.

L'anesthésie, les troubles trophiques de la peau, font défaut dans la neurasthénie spinale, les phénomènes vésicaux n'ont ni l'intensité ni les allures de ceux que l'on observe dans les myélites.

Il existe cependant des cas où le diagnostic peut offrir de réelles difficultés, lorsque par exemple la myélite chronique ou subaiguë se développe chez un malade déjà atteint de neurasthénie.

Syphilis cérébrale. — La cérébrasthénie, lorsqu'elle se développe chez un sujet syphilitique, et le fait est commun, peut aisément induire en erreur.

M. Fournier a décrit sous le nom de nervosisme secondaire, des troubles fonctionnels du système nerveux dont beaucoup appartiennent à la neurasthénie développée sous l'influence de l'infection syphilitique. On y trouve la céphalée, l'insomnie, l'émotivité, l'asthénie motrice, les douleurs névralgiques dans les membres.

La céphalée de la syphilis tertiaire peut, d'après M. Fournier, constituer une forme de la syphilis cérébrale, mais souvent elle indique l'entrée en scène de quelque grave lésion encéphalique diffuse ou limitée.

La céphalée syphilitique se distingue nettement de la céphalée neurasthénique, elle est assez souvent unilatérale, elle est nocturne, à l'encontre de celle-ci qui est diurne, elle est réveillée par la percussion du crâne en un point que le malade indique comme étant le

point de départ de sa douleur céphalique, elle est aussi beaucoup plus douloureuse que la céphalée neurasthénique.

Maladie de Basedow. — La neurasthénie à forme cardiaque n'est pas sans analogie avec certaines formes frustes de la maladie de Basedow, et peut quelquefois rendre le diagnostic hésitant.

C'est principalement dans ces cas où la cérébrasthénie se complique de tachycardie permanente que l'on peut hésiter, car la maladie de Basedow ne se présente pas toujours avec ses grands symptômes classiques au complet, la tuméfaction thyroïdienne et l'exophtalmie peuvent manquer.

Le tremblement ne peut être d'un grand secours pour le diagnostic différentiel, il existe dans les deux affections et se présente avec les mêmes caractères ; il est exagéré par l'émotion et ses oscillations sont également courtes et brèves.

De plus dans le goître exophtalmique la céphalalgie n'est pas rare.

Angine de poitrine. — Le diagnostic de la neurasthénie et de l'angine de poitrine sera la plupart du temps chose facile, il existe cependant des cas où il sera délicat de se prononcer. Il existe en effet une angine de poitrine neurasthénique ; dans ce cas c'est à la forme vaso-motrice de la maladie que l'on a affaire.

L'angine de poitrine présente différentes formes ; l'angine vraie, celle dont on meurt le plus souvent ; elle paraît réellement due à une lésion organique des artères coronaires, et les pseudo-angines de poitrine dont on guérit presque toujours, qui sont imputables soit à une névralgie du plexus cardiaque, soit à un

spasme plus ou moins généralisé des artères périphériques, et peut-être aussi des artères coronaires. A ce groupe des angines bénignes appartiennent les angines névrosiques, c'est-à-dire celles que l'on observe dans certaines névroses telles que l'hystérie et la neurasthénie.

Hystérie. — Au point de vue nosologique dit M. Bouveret l'hystérie et la neurasthénie sont deux névroses très distinctes, les stigmates des deux maladies sont essentiellement différents. Dans les cas obscurs ce sont les stigmates de l'une ou de l'autre névrose qu'il faut chercher à mettre en évidence.

Les manifestations hystériques peuvent paraître et disparaître brusquement, tandis que celles de la neurasthénie ne s'effacent que d'une façon lente et progressive. Les anesthésies complètes, superficielles et profondes sont propres à l'hystérie, dans la neurasthénie on n'observe guère que des engourdissements très passagers de la sensibilité de la peau et des muqueuses, jamais une véritable anesthésie.

Dans certains cas cependant l'hystérie et la neurasthénie peuvent exister simultanément chez le même sujet et reconnaître les mêmes causes. On donne à cet état particulier le nom d'hystéro-neurasthénie, qui s'observe presque exclusivement à la suite de traumatismes.

Maladie bronzée d'Addison. — Avant l'apparition des taches de pigmentation la maladie bronzée peut en imposer et être facilement prise pour une neurasthénie.

Les addisoniens présentent, en effet, de l'asthénie musculaire souvent très marquée, des douleurs siégeant en différents endroits, de la céphalalgie, des

troubles gastriques, tous symptômes qui peuvent induire en erreur, surtout au début de cette affection, début qui est lent et insidieux et peut passer inaperçu.

Lors de l'apparition de la mélanodermie l'erreur n'est plus possible.

Néphrites chroniques. — Le mal de Bright et la neurasthénie ont quelques symptômes communs tels que, la céphalée, l'inaptitude au travail, la perte de la mémoire, l'insomnie, la cryesthésie, les crampes, les secousses électriques, les troubles dyspeptiques, les palpitations. Ces symptômes rentrent dans ceux que M. Dieulafoy a décrits sous le nom de petits accidents du brightisme.

Le diagnostic n'est pas difficile. On a cité quelques cas cependant où les deux maladies étaient combinées, et M. Bouveret a démontré que dans la neurasthénie il peut exister des poussées congestives du côté de reins qui amènent de l'albuminurie.

Affections de l'estomac. — Les gastrites chroniques, le cancer de l'estomac au début, ont des symptômes qui peuvent passer inaperçus et être mis sur le compte de la neurasthénie.

Le vertige stomacal a de grandes relations avec l'épuisement nerveux et il est fort probable que la plupart des vertiges gastriques ne sont autre chose que des vertiges neurasthéniques. Toutes les fois que l'on se trouve en présence de malades atteints d'affections chroniques de l'estomac, il faut rechercher s'il existe des symptômes de neurasthénie et y porter remède. On a vu précédemment la large part que quelques auteurs attribuent aux affections de l'estomac dans la production de l'état neurasthénique.

Vertige de Ménière. — Le vertige neurasthénique

peut affecter la forme du vertige labyrinthique de Ménière. Cependant les impulsions sont loin d'être aussi soudaines et irrésistible que dans le vrai vertige de Ménière, et il est excessivement rare que le neurasthénique pris de vertige soit précipité à terre.

Rhumatisme. — Il est, dit M. Bouveret, toute une catégorie de neurasthéniques qui sont qualifiés de rhumatisants. Ce sont ceux qui souffrent de douleurs erratiques dans les membres, le tronc, la tête, douleurs qui subissent l'influence des variations atmosphériques.

Ces douleurs sont de nature nerveuse et il est facile en général d'en reconnaître la vraie signification, le patient présentant d'autres symptômes plus caractéristiques de la neurasthénie.

ÉVOLUTION. — PRONOSTIC. — Le pronostic de la neurasthénie varie beaucoup suivant que les malades qui en sont atteints présentent ou non des tares héréditaires, qui peuvent être plus ou moins marquées et suivant la forme que revêt la neurasthénie.

Lorsque l'épuisement nerveux apparaît, sous l'influence du surmenage, chez des sujets robustes, sans hérédité marquée, il peut se dissiper facilement après la suppression de la cause qui l'a produit, avec l'aide d'une hygiène convenable.

Il est important dans l'appréciation du pronostic de rechercher s'il existe des signes héréditaires de dégénérescences physique ou psychique, car dans ce cas la neurasthénie est plus tenace, plus rebelle au traitement. Les troubles cérébraux, les troubles gastro-intestinaux graves lorsqu'ils compromettent profon-

dément la nutrition, la longue durée de la maladie constituent autant d'éléments d'aggravation du pronostic, sont autant de causes qui rendent la maladie rebelle à la thérapeutique et exposent les malades à d'incessantes récides.

L'hystéro-neurasthénie, celle surtout qui se montre après un violent traumatisme, est plus grave que la neurasthénie simple.

D'une façon générale on peut dire que si la neurasthénie trouble profondément l'existence des sujets qu'elle frappe, elle ne la compromet pas directement. Beard a constaté que les neurasthéniques vivaient en général longtemps et que d'autre part, ils portaient souvent moins que leur âge.

La neurasthénie, dit M. Bouveret, est au nombre des maladies chroniques dans lesquelles l'intervention médicale, si elle est persévérante et bien dirigée, possède une réelle efficacité. Cependant quelques auteurs, parmi lesquels se trouve M. Arndt, ne pensent pas qu'il soit possible d'obtenir une guérison complète et définitive ; ils estiment que quand la neurasthénie a pris possession d'un système nerveux, elle y imprime une modification profonde et désormais ineffaçable.

La vérité croyons-nous, est que beaucoup de formes de l'épuisement nerveux peuvent guérir entièrement. Néanmoins si dans certains cas on ne peut obtenir la guérison complète, les améliorations sont fréquentes, et souvent même de longue durée. Le pire destin que courent donc les malades dans ces cas graves est de rester neurasthéniques jusqu'à la fin de leurs jours. On n'oubliera pas non plus que la neurasthénie sert quelquefois de préface à la paralysie générale, à laquelle d'ailleurs elle prédispose par suite de l'affai-

blissement nerveux qu'elle détermine, qu'elle conduit à l'hypochondrie, à la mélancolie, à toutes les obsessions, aux psychoses, qu'elle pousse parfois au suicide.

Les formes dépressives surtout si elles s'accompagnent d'atonie gastro-intestinale grave constituent une cause prédisposante très efficace au développement de la tuberculose pulmonaire.

Beard a fait la remarque que la fièvre typhoïde, la pneumonie, les pyrexies exanthémiques sont relativement rares chez les malades atteints d'épuisement nerveux, il ajoute que les formes qui présentent des troubles du côté des organes génitaux sont particulièrement rebelles au traitement.

Dans les cas de neurasthénie traumatique, d'hystéro-neurasthénie consécutives à une peur, à un accident de chemin de fer, le pronostic peut prendre une grande importance en médecine légale. L'estimation du préjudice causé est des plus délicates et, comme dit M. Mathieu, le médecin et les juges doivent agir avec une grande circonspection s'ils veulent tenir la balance égale entre les auteurs responsables des accidents et les victimes. Rien de plus facile, en effet, comme sinon de simuler, du moins d'exagérer une maladie qui n'a pas de signes objectifs.

En qualité de médecin de chemin de fer, M. Mathieu a pu voir à plusieurs reprises des guérisons rapides se faire après un jugement favorable, après l'obtention d'une indemnité, ou d'une pension.

C'est ajoute-t-il plaisamment, la métallothérapie, non par l'or mais par le billet de banque.

PATHOGÉNIE. — De nombreuses discussions se

sont élevées au sujet de la pathogénie de la neurasthénie. Parmi les auteurs les uns subordonnent l'épuisement nerveux à la dyspepsie, d'autres aux lésions vraies ou supposées de l'appareil génital d'autres enfin au traumatisme des centres nerveux.

Examinons successivement ces différentes causes invoquées.

1^o *Dyspepsie*. — Pour M. Bouchard, l'élément principal, la cause de tout le mal, c'est la dilatation de l'estomac, la stagnation des liquides et l'insuffisance de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique.

Certains estomacs se laissent dilater en vertu d'une prédisposition héréditaire, d'une faiblesse congénitale de la fibre musculaire, ils ne se rétractent pas dans l'intervalle des repas, les liquides y séjournent et cela d'autant mieux que le suc gastrique contient peu d'Hcl pour exciter la contractilité de l'estomac et pour empêcher les fermentations anormales. Les produits de ces fermentations sont absorbés et donnent lieu à une intoxication continue, le foie se congestionne par suite de l'irritation produite par les substances toxiques, il augmente de volume et tend à rejeter le rein droit hors de sa loge. Le rein mobile n'est donc qu'une conséquence et non une cause des troubles observés.

A cette théorie, on fait les objections suivantes : la dilatation de l'estomac fait défaut chez un grand nombre de neurasthéniques, et inversement il y a des neurasthéniques qui n'ont jamais présenté de troubles digestifs. On a pu voir, en outre, précédemment qu'il y a des cas où un traumatisme ou une émotion violente ont fait éclater simultanément la dyspepsie et les autres symptômes d'épuisement nerveux. Enfin comment se fait-il dit M. Charcot que si les troubles ner-

veux de la neurasthénie sont engendrés par une auto-intoxication d'origine gastrique que les individus affectés de grande dilatation stomacale dépendant d'une sténose pylorique par exemple, avec stase considérable, ne présentent jamais la série des accidents nerveux attribués aux dilatés protopathiques.

Ces objections montrent que la théorie de la dilatation gastrique et de l'auto-intoxication n'est pas applicable à la majorité des cas de la neurasthénie que celle-ci n'est pas subordonnée à la dyspepsie et que la dilatation de l'estomac ne vient qu'en seconde ligne à titre de phénomène secondaire de complication.

M. Glénard, de Lyon, explique par la ptose des viscères abdominaux, les troubles névropathiques, mais, dirons-nous encore, l'entéroptose n'existe pas chez un grand nombre de neurasthéniques.

2° *Lésions de l'appareil génital.* — La neurasthénie est fréquente chez les sujets atteints de lésions chroniques des organes génitaux.

Chez la femme, les lésions chroniques de l'utérus et de ses annexes, surtout les lésions qui rendent les rapports sexuels impossibles ou douloureux, atteignant ainsi la femme au plus sensible de son amour-propre, produisent de la dépression morale, qui peut quelquefois prendre des allures graves.

Chez l'homme, les lésions des organes génitaux, surtout les lésions de l'urèthre, provoquent chez les prédisposés, les dégénérés, des idées tristes, des préoccupations hypocondriaques, et l'épuisement nerveux.

3° *Le traumatisme* crée le plus souvent l'hystéro-neurasthénie. Existe-t-il une lésion ? On peut penser le

contraire, car, dans ces cas, les symptômes neurasthéniques, après avoir persisté pendant de longues années à l'état stationnaire, peuvent s'améliorer et guérir.

Nous ignorons quelles sont les modifications physiques ou chimiques des centres nerveux d'où dépendent les troubles psychiques, digestifs, circulatoires, etc.

M. Erb suppose un trouble intime de la nutrition des éléments nerveux et Beard un défaut d'équilibre entre leur usure et leur réparation, et une modification de leur vibratilité.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTAT MENTAL DES NEURASTHÉNIQUES

Quelle que soit la forme clinique que revête la neurasthénie, dit M. Dutil, elle s'accompagne toujours d'un désordre psychique appréciable. M. Bouveret, sans être aussi absolu reconnaît que, la dépression cérébrale existe, à des degrés divers, dans la plupart des formes cliniques de l'épuisement nerveux.

La dépression cérébrale est donc la caractéristique de l'état neurasthénique, l'abaissement de la volition en est le phénomène le plus important.

Cette dépression cérébrale qui existe dans la plupart des formes de la maladie est constante ou à peu près dans la cérébrasthénie, forme dans laquelle l'affaiblissement de la force nerveuse intéresse tout particulièrement ou même exclusivement les centres encéphaliques, c'est également dans cette forme que prédominent les troubles psychiques. Elle se traduit par la fatigue précoce de toutes les fonctions cérébrales, et surtout par la diminution de la mémoire, de l'attention, du jugement, de la volonté et de la résistance aux sensations et aux impressions morales.

Les neurasthéniques se plaignent de n'avoir plus de mémoire, ils oublient facilement les noms propres, et souvent aussi le nom de personnes qu'ils connaissent parfaitement.

Cette diminution de la mémoire est un symptôme souvent précoce, et est souvent le premier signe appréciable chez les hommes qui vivent de leur travail intellectuel.

Ils se plaignent d'incapacité à gouverner et à diriger la faculté de l'attention ; ils s'aperçoivent qu'il leur est impossible sans un effort visible et pénible d'accomplir leur travail mental accoutumé, de lire, de comprendre le contenu d'une ou plusieurs pages d'un livre, d'une lettre. L'esprit tombe à un état vacillant, incapable de continuité dans la pensée.

Conscient de cet affaiblissement de l'énergie, le malade tâche de la reconquérir, il prend un livre résolu à ne pas céder à ses sensations d'incapacité intellectuelle, de langueur psychique, de faiblesse générale ; mais le plus souvent il s'aperçoit qu'il a perdu tout pouvoir d'équilibre mental, de concentration de coordination de ses idées.

Dans ses tentatives pour comprendre ce qu'il a sous les yeux, il lit et relit avec résolution, avec une apparence d'énergie victorieuse, certains passages frappants, mais sans être capable de saisir un ensemble d'idées très simples ou de poursuivre avec succès un raisonnement élémentaire.

Cette tentative, surtout si elle est soutenue, de faire converger l'attention sur un point, accroît souvent la confusion de l'esprit et produit une sensation physique de lassitude cérébrale et de céphalalgie.

Aussi arrive-t-il fréquemment que le malade ne sait plus suivre la voie qu'il s'était tracée, tout obstacle l'arrête et le décourage, au lieu de le faire redoubler ses efforts, il s'abandonne à lui-même. C'est une impotence de la volonté dit M. Régis.

Cet affaiblissement de la volonté ou aboulie est la note caractéristique de l'état mental du neurasthénique. Les conséquences sont d'ordres divers, elles se font sentir dans tous les actes, dans toutes les opérations de l'esprit dont l'exécution nécessite la mise en jeu de l'énergie volontaire. Ainsi dans l'asthénie musculaire, l'impuissance motrice est bien souvent, sinon toujours, l'effet d'une volonté défaillante et non d'un épuisement rapide de la fibre musculaire.

Cette origine psychique de l'impuissance motrice des neurasthéniques, se laisse mieux apercevoir encore dans les cas où elle est pour ainsi dire systématisée. Un grand nombre de malades ne se fatiguent que, dans les actes inhérents à l'exercice de leur profession, ou dans certains mouvements coordonnés, comme ceux de la marche, de l'écriture par exemple.

Lé neurasthénique atteint d'aboulie a toujours l'attention distraite, il lit des pages entières sans retenir et même sans comprendre ce qu'il a lu ou bien il oublie en quelques minutes ce qu'il vient d'apprendre ou d'entendre. Il ne peut coordonner ses idées, son esprit, sa pensée s'accrochent, s'égarent sur des points secondaires, quelquefois même à des images étrangères à l'objet de sa méditation. Aussi voit-on souvent des malades qui, avant d'être atteints d'épuisement nerveux avaient une élocution facile, se trouver parfois dans l'impossibilité absolue de prononcer un discours et rester silencieux dans des réunions animées où ils devaient défendre des idées qui leur sont chères. L'insuffisance de l'énergie volontaire porte atteinte à la sûreté du jugement, tout travail in-

tellectuel est pénible ou impossible, ils sont condamnés à l'inactivité de l'esprit.

Beaucoup de neurasthéniques sont incapables de prendre une décision sans éprouver, en même temps que le sentiment de leur impuissance, une sorte de malaise inquiet qui peut aller jusqu'à l'anxiété.

Chez d'autres neurasthéniques au contraire, l'attention peut être soutenue assez longtemps sans grande fatigue quand elle s'applique à des sujets nouveaux ; mais la fatigue reparait et le travail doit être suspendu dès qu'ils reviennent à leurs occupations habituelles. Il semble que l'épuisement cérébral n'intéresse que certaines cellules nerveuses dont l'activité a été troublée et la résistance diminuée par le travail de tous les jours.

Le caractère est changé, la tendance au découragement, aux préoccupations hypocondriaques, constitue encore un des traits importants de l'état mental des neurasthéniques. Ces malades s'inquiètent facilement voient l'avenir en noir et deviennent pessimistes dès qu'il s'agit de leur santé ; les malaises, les sensations pénibles et persistantes dont ils sont tourmentés font naître dans leur esprit des craintes non justifiées. Ils se croient atteints de maladies graves, du cerveau ou de la moëlle épinière, de cancer de l'estomac etc, ils se désespèrent mais néanmoins leurs croyances à cet égard sont peu profondes, contrairement à ce que l'on observe chez les mélancoliques qui bâtissent leur désespérance systématique, sans point de départ logique et demeurent absolument inaccessibles à toute espèce de remontrances ou de démonstrations.

Les neurasthéniques contrairement aux mélancoliques ne demandent qu'à être rassurés, remontés, ils

sont accessibles aux encouragements et à la raison et se laissent aisément convaincre de l'inanité de leurs terreurs. Quelques paroles autorisées suffisent presque toujours à les réconforter, au moins pour quelque temps.

A la faveur de cet état psychique on voit se développer parfois, chez ces malades, et cela d'une manière plus ou moins durable des accidents mentaux particuliers (phobies, obsessions, idées fixes d'ordres divers).

Ces troubles mentaux apparaissent non pas exclusivement, mais plus fréquemment chez les neurasthéniques héréditaires et chez ceux qui accusent des signes de dégénérescence physique.

ÉTATS D'ANXIÉTÉ NEURASTHÉNIQUE

(FOLIES NEURASTHÉNIQUES)

Nous décrirons dans ce chapitre les principaux troubles psychiques que l'on observe chez les neurasthéniques.

Si l'on peut rencontrer chez ces épuisés du système nerveux toutes les formes de vésanies, si même parmi celles-ci il en est quelques-unes qui se rencontrent encore assez souvent, telles que la folie érotique et la folie mélancolique vers laquelle surtout, les conduisent peu à peu les idées hypochondriaques qu'ils présentent et qui finissent par s'implanter complètement dans leur cerveau malade, il est un genre de folie que l'on peut appeler Folie neurasthénique, car si on ne l'observe pas exclusivement chez ces malades, c'est parmi eux que se rencontrent le plus souvent ces psychopathes atteints d'obsessions diverses.

Les obsessions neurasthéniques ne sont pas partout acceptées, comme formant une entité morbide distincte en pathologie mentale.

Pour certains auteurs l'obsession est un trouble psychique élémentaire, analogue à l'hallucination et susceptible, comme elle, de s'observer dans toutes les névroses et toutes les folies (Pitres).

Pour MM. Charcot et Magnan c'est un stigmate de dégénérescence n'entrant dans la neurasthénie qu'à titre de complication.

Pour d'autres au contraire, pour Beard, par exemple, c'est un symptôme intellectuel de la neurasthénie.

Pour M. Régis, l'obsession émotive est surtout un symptôme de neurasthénie, symptôme ayant il est vrai des rapports étroits avec la dégénérescence, mais seulement indirectement et par l'intermédiaire de la neurasthénie, lorsque celle-ci est de nature dégénérative.

Nous avons vu précédemment que, dans certains cas, il n'existe pas trace d'hérédité dégénérative et que la neurasthénie est une véritable maladie accidentelle. C'est pourquoi, dit M. Régis, il existe deux formes distinctes de neurasthénies psychiques, la neurasthénie constitutionnelle ou de dégénérescence et la neurasthénie fonctionnelle ou non dégénérative. Toutes deux s'accompagnent dans la majorité des cas d'obsessions, mais d'obsessions ayant dans les deux cas des caractères bien différents de gravité.

Suivant M. Berrillon, les obsessions existent à un degré variable chez tous les neurasthéniques et si l'attention des médecins n'a pas été attirée plutôt vers ces perturbations psychiques c'est que les neurasthéniques ont une grande tendance à dissimuler leurs troubles cérébraux, alors qu'ils décrivent avec une grande complaisance leurs symptômes somatiques, tels que céphalalgie, insomnie, rachialgie, dyspepsie, fatigue musculaire et intellectuelle ; le malade se rend compte lui-même de l'absurdité de sa peur et hésite à la raconter.

Ces troubles psychiques que l'on désigne aussi sous le nom d'états d'anxiété neurasthénique sont caractérisés par des idées fixes, des obsessions, des impulsions irrésistibles, toutes conscientes et raisonnées

mais irrésistibles et anxieuses, de la difficulté, ou même impossibilité absolue d'exécuter certains actes volontaires. Ces troubles résultent principalement d'un désordre de l'émotivité et de la volonté.

Jusqu'ici ces états anxieux ont été disséminés dans le cadre nosologique et désignés successivement sous les noms de folie lucide, de folie avec conscience, de monomanie raisonnante et impulsive, de syndromes psychiques des dégénérés, de paranoïa rudimentaire, de neurasthénies.

Ils se caractérisent par de l'indécision de l'esprit, et de l'affaiblissement de la volonté qui rendent les malades incapables de résister à certaines impulsions ou au contraire de se décider à l'action et d'accomplir certains actes simples et banals de la vie courante. Psychologiquement ils paraissent résulter d'une diminution de la faculté que nous possédons de synthétiser nos différentes impressions, nos souvenirs dans l'accomplissement des actes coordonnés et voulus qui constituent la manifestation régulière de notre activité mentale.

Les malades dans ce cas, dit M. Falret, ont parfaitement conscience de leur état, ils reconnaissent la nature malade des phénomènes qu'ils éprouvent, mais ils ne peuvent parvenir à s'en débarrasser. Ces idées, ces émotions ou ces impulsions dominent leur existence toute entière, ils luttent contre elles avec énergie, ils cherchent à les repousser et à les combattre, mais elles s'imposent à eux malgré eux, au point de les rendre incapables de toute autre préoccupation ; elles s'accompagnent d'angoisse.

Cette angoisse consiste en un sentiment de souffrance morale plus ou moins vive, accompagnée quel-

quefois d'une sensation pénible de constriction à la région précordiale ou à la gorge, ou de palpitations et de sueurs au visage.

Elle résulte de la lutte qu'exécute la volonté impuissante pour chasser l'obsession, dissiper la crainte ou entraver l'impulsion. Elle fait place à un sentiment de soulagement et de satisfaction quand l'obsession ou la crainte est vaincue, quand l'impulsion est satisfaite.

C'est en effet la volonté qui intervient dans la direction de nos principales facultés, c'est ainsi qu'elle commande à la mémoire de se souvenir, au jugement de comparer, qu'elle modère les écarts et les excès de l'imagination, qu'elle soumet en un mot à l'empire de la raison les tendances instinctives et les sensations exagérées.

Puisque dans tous ces cas d'anxiété néurasthénique, d'obsessions, c'est la volonté surtout qui est atteinte il n'est pas sans intérêt de voir comment elle s'exécute à l'état normal. M. Régis donne à ce sujet la définition suivante. « Des incitations diverses, parties de la sensibilité, viennent stimuler les centres nerveux ou elles déterminent en fin de compte, après une série d'opérations plus ou moins compliquées, deux sortes de réactions, une réaction d'arrêt ou d'inhibition qui repousse certaines d'entre elles et une réaction de renforcement ou d'impulsion qui transmet les autres aux organes moteurs en les transformant en actes. »

La volonté d'après cette formule synthétique est donc une fonction cérébrale composée de trois éléments : 1^o un élément centripète, l'excitation. 2^o un double élément réactionnel, la fonction d'arrêt et la fonction motrice. L'état normal résulte de l'équilibre

de ces trois forces et il y a évidemment lésion de la volonté toutes les fois que cet équilibre est détruit.

Différents cas peuvent se présenter : la lésion porte sur l'élément exciteur les forces réactionnelles restant les mêmes, et alors ou bien l'excitation est trop forte et il en résulte un acte irrésistible (impulsion), ou bien l'excitation est trop faible ou nulle et l'activité est suspendue (aboulie). Dans un autre cas la lésion porte sur l'élément réactionnel l'excitation restant normale, et alors c'est la force d'arrêt qui est atteinte, d'où résulte encore un acte irrésistible (impulsion) ou bien c'est la force motrice et l'acte n'est plus possible (aboulie).

On voit d'après ce qui précède que les lésions de la volonté sont de deux ordres : 1^o les lésions par troubles de l'excitation centripète (impulsion et aboulie, par excès ou par défaut d'excitation), 2^o les lésions par troubles de la réaction centrale (impulsion et aboulie, par défaut de la force d'arrêt et défaut de la force motrice). Cette classification, dit M. Régis, pour si psychologique et si théorique qu'elle paraisse, n'en est pas moins absolument clinique »

Ainsi toute obsession neurasthénique caractérisée par une idée, une émotion, un acte irrésistible par insuffisance d'action d'arrêt est une impulsion. Par contre toute obsession neurasthénique caractérisée par une idée, une émotion, ou un acte impossible par insuffisance d'action motrice est une aboulie, quel que soit le résultat final du conflit qui s'opère.

La distinction fondamentale doit être faite entre les obsessions purement psychiques et les obsessions avec impulsion. Cependant, d'après M. Régis, il est impossible d'établir symptomatiquement, une diffé-

rence aussi tranchée entre l'idée fixe et l'impulsion, car, nous dit cet auteur, l'idée fixe, à l'examiner de près, n'est qu'un commencement d'impulsion, si même, ainsi que l'admet M. Ball, elle n'est pas une véritable impulsion intellectuelle. Quant à l'impulsion neurasthénique proprement dite, consciente et raisonnée, l'acte irrésistible qui la caractérise n'est que le dernier terme d'un processus morbide dont l'idée fixe est le point de départ, et l'émotion anxieuse, l'étape intermédiaire.

Le classement pathogénique des obsessions présente de sérieuses difficultés, en effet, dans chaque variété d'obsessions, on retrouve à côté d'un élément intellectuel, un élément émotif et un élément moteur qui tend à provoquer (impulsion) ou à entraver (aboulie) un mouvement ou une série de mouvements. L'obsession s'accompagne en outre d'angoisse, ce qui revient à dire qu'il y a un élément émotif dans chacune d'elles.

M. Falret, dans son rapport au Congrès international de médecine mentale en 1889, a résumé ainsi les diverses variétés d'obsessions intellectuelles, émotives et instinctives qui possèdent des caractères communs.

1^o Elles sont toutes accompagnées de la conscience de l'état de la maladie.

2^o Elles sont habituellement héréditaires.

3^o Elles sont essentiellement rémittentes, périodiques et intermittentes.

4^o Elles ne restent pas isolées dans l'esprit à l'état monomaniacal, mais elles se propagent à une sphère plus étendue du moral et de l'intelligence et sont toujours accompagnées d'angoisse et d'anxiété, de lutte intérieure, d'hésitation dans la pensée et dans les

actes et de symptômes physiques de nature émotive plus ou moins prononcée.

5° Elles ne présentent jamais d'hallucinations.

6° Elles conservent les mêmes caractères psychiques pendant toute la vie des individus qui en sont atteints, malgré des alternatives fréquentes et souvent prolongées de paroxysmes et de rémissions, et ne se transforment pas en d'autres espèces de maladies mentales.

7° Elles n'aboutissent jamais à la démence.

8° Dans quelques cas rares, elles peuvent se compliquer de délire de persécution ou de délire mélancolique anxieux à une période avancée de la maladie, tout en conservant toujours leurs caractères primitifs.

Dans cette classification M. Falret avait en vue les obsessions en général de quelque nature qu'elles soient. Quant aux obsessions des neurasthéniques en particulier les 4 premiers paragraphes du rapport les définissent très bien. par contre les paragraphes 5, 6, 7 et 8 ne leur sont pas applicables dans la totalité des cas, comme nous pourrons le voir dans les observations que nous avons rapportées plus loin.

Nous voyons donc qu'il est assez difficile de classer les obsessions neurasthéniques qui sont identiques dans leur essence quelle que soit la forme de l'idée fixe. Elles sont de plus rarement isolées chez les malades où on les trouve combinées très souvent avec d'autres obsessions similaires. Il n'est pas logique, en effet, dans ces conditions, d'attribuer une description spéciale à chacune des variétés et de vouloir individualiser chacune des subdivisions.

Toutefois comme il est nécessaire pour fixer les idées et faciliter la description, de classer les obses-

sions nous adopterons la classification dont s'est servi M. Régis.

Nous diviserons les obsessions neurasthéniques en obsessions impulsives que nous décrirons sous toutes leurs formes et en obsessions abouliques.

Obsessions impulsives.

Considérant avec M. Régis que toutes les obsessions impulsives ont exactement les mêmes caractères et que la description isolée de chacune d'elles ne peut qu'aboutir à la confusion clinique, nous rapprocherons les variétés similaires et les grouperons en quelques catégories principales.

1^o Les obsessions caractérisées par des indécisions dont la maladie du doute est le type.

2^o Les obsessions caractérisées par des craintes.

3^o Les obsessions caractérisées par des propensions ou tendances irrésistibles.

1^o OBSESSIONS, INDÉCISIONS

(Maladie du doute)

Le doute perpétuel ou folie du doute, est une forme de neurasthénie psychique, observée depuis Esquirol, qui l'avait signalée ; puis elle fut étudiée par Trélat, Falret père, Baillarger, et Lasègue, elle a été bien décrite par J. Falret en 1866. puis par Morel qui, la même année, en publiait quelques cas. Griesinger, en 1868, en communiqua plusieurs observations à la Société de médecine psychologique de Berlin.

En 1875, Legrand du Saule a publié sur ce sujet

une importante étude, sous le nom de folie du doute avec délire du toucher. Dans cet ouvrage il expose les travaux de ses devanciers et les siens.

Plus tard, O. Berger a publié sous le nom de Grübelseicht (manie des subtilités) une description de la maladie.

Puis parurent les travaux de M. Ritti.

La maladie du doute est de toutes les psychopathies, celle que l'on observe le plus souvent chez les neurasthéniques.

Elle se manifeste tout d'abord par des scrupules exagérés, des craintes puériles. Le malade n'est plus sûr de lui-même, il a peur de se tromper, de commettre des fautes, il hésite au sujet de la légitimité des actes accomplis, il éprouve le besoin de vérifier à plusieurs reprises la moindre de ses actions et à s'entourer des précautions les plus minutieuses. Il vit dans une hésitation constante passe son temps à délibérer sans pouvoir arriver à une certitude, à se poser des points d'interrogation, à s'irriter contre lui-même et contre sa propre faiblesse. Il revient sans cesse sur les mêmes idées, les mêmes actes, éprouve le besoin continuel de répéter les mêmes mots ou d'accomplir les mêmes actions, sans arriver jamais à se satisfaire ou à se convaincre même par l'évidence.

Habituellement les interrogations surgissent en foule chez ces malades, ils leur cherchent des réponses qui ne les satisfont jamais.

Cette sorte de rumination psychologique, ce rabachage intérieur, suivant l'expression de Legrand du Saule, porte sur des questions fort diverses ; l'ordre des idées qui obsèdent le malade est en rapport avec

son degré d'instruction, sa condition sociale et le milieu où il vit.

Une fois l'obsession créée, le repos moral est perdu. le malade cherche en vain une explication à l'état neurasthénique qui l'a envahi.

Témoin ce médecin des plus distingués dont parle M. Berrillon, dont l'anxiété commence dès qu'un malade quitte son cabinet avec une ordonnance signée de lui. Il se demande avec angoisse s'il n'a pas prescrit, par exemple des centigrammes au lieu de milligrammes. Il n'est rassuré qu'après avoir revu son malade.

La folie du doute comporte plusieurs formes qui ont été classées d'après la nature des idées qui prédominent. M. Ball admet cinq variétés de douteurs, mais ces variétés n'ont qu'une importance secondaire et un simple intérêt nosographique, ces divisions ne peuvent servir qu'à faciliter la description.

Il y a d'abord les métaphysiciens, qui se préoccupent sans cesse des grands problèmes insolubles. Ils s'interrogent sur Dieu, sur l'enfer, sur l'immortalité de l'âme, sur l'origine et le pourquoi de la création, du soleil, de la lune, des étoiles.

Leur rumination psychologique porte sur les problèmes les plus obscurs de la nature. ils se demandent sans cesse le pourquoi et le comment des êtres et des choses, sans pouvoir chasser de leur esprit ces interrogations qui s'imposent irrésistiblement à eux et sont une cause d'angoisse. M. Falret appelle cet état le supplice de la question.

Il y a ensuite les réalistes qui s'occupent de choses moins élevées, plus terre à terre, et ne montrent pas la même élévation de la pensée. Ils se demandent

par exemple à quoi tient la procréation des sexes, pourquoi les organes génitaux sont-ils ainsi conformés, pourquoi la copulation est-elle nécessaire pour la reproduction de l'espèce, pourquoi la présence de la barbe, des cheveux, la différence de couleur de la peau dans les différentes races, des yeux chez les différentes personnes. Toutes ces questions ont le même caractère de ténacité.

Les scrupuleux sont ceux dont le doute est relatif aux choses de la religion, il affecte chez eux la forme de scrupules. Ils se demandent avec angoisse s'ils n'ont pas été distraits à la messe, s'ils se sont bien confessés, s'ils n'ont pas fait de mauvaises communions, s'ils ne seront pas damnés, s'ils n'ont pas offensé Dieu.

M. Régis cite le cas d'une dégénérée neurasthénique qui, obsédée par une appréhension de cette espèce ne sortait de l'église qu'à reculons pour ne pas tourner le dos à l'autel, elle avait également l'habitude avant de se rendre aux lieux d'aisances de lire à plusieurs reprises les morceaux de journaux dont elle se servait, sans pouvoir s'assurer qu'elle n'allait pas profaner un mot sacré.

M. Ballet cite le cas d'un jeune abbé qui était sans cesse obsédé par la crainte d'avoir des pensées ou des regards contraires à la modestie et à la pureté. Il était inquiet pour des choses sans importance et allait souvent trouver son confesseur pour qu'il le tire d'embarras.

Les timorés appréhendent de commettre une action indélicate particulièrement un vol.

Les compteurs que nous retrouverons dans les arithmomanes.

En somme, on le voit, le caractère fondamental c'est le doute, la perpétuelle hésitation, la difficulté d'arriver à la certitude qu'il s'agisse d'une question à résoudre ou à laisser de côté, d'un scrupule à dissiper, d'une conviction simple à se faire à propos d'un acte insignifiant.

Les malades se rendent compte de leur état, ils n'ont presque jamais d'hallucinations et ils éprouvent un soulagement momentané ou définitif lorsqu'il y a près d'eux une personne étrangère pour répondre aux questions obsédantes qu'ils se posent.

La maladie du doute débute habituellement d'une façon insidieuse et ne se manifeste pas brusquement. Son évolution est lente et procède en quelque sorte par poussées, par bonds. Elle est caractérisée par des phases suspensives, quelquefois assez longues pour que l'on puisse croire à une guérison définitive.

Cependant quand les crises sont anciennes et fréquentes, quand le malade est d'un certain âge, c'est une affection qu'il est difficile de guérir.

La maladie du doute est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, chez les personnes des hautes classes que chez celles qui appartiennent aux rangs inférieurs de la société. On l'observe beaucoup plus souvent dans la clientèle que dans les asiles d'aliénés où elle est au contraire relativement rare, les malades ne laissant pas paraître les idées qui les hantent, car ils en reconnaissent l'absurdité. Quelquefois cependant la maladie peut s'aggraver insensiblement progressivement, les malades deviennent sombres et mélancoliques, ils ont des idées de suicide, mais ne font même pas de tentatives. Dans ces cas, néanmoins,

la question de l'internement dans une maison de santé peut être discutée.

Nous terminerons cette petite étude sur la maladie du doute par l'exposé de quatre observations dont deux nous sont personnelles. Nous devons les deux autres à l'amabilité de deux de nos amis qui ont bien voulu nous les communiquer.

OBSERVATION I (Personnelle).

Neurasthénie cérébrale, folie neurasthénique (obsessions impulsives)

M. L..., pharmacien est un neurasthénique avéré.

Antécédents héréditaires. — Issu d'une famille de nerveux, son père est comme lui un neurasthénique (forme cérébro-cardiaque de Krishaber), sa mère est une hystérique ayant eu autrefois de nombreuses crises convulsives. Une sœur de son père est onyphage et a eu des convulsions de nature hystérique. Elle est un peu déséquilibrée.

Antécédents personnels. — D'un tempérament nerveux, d'une constitution assez robuste, M. L... s'est bien porté jusqu'à l'âge de 22 ans, époque à laquelle il contracta la syphilis, maladie qui fut chez lui des plus légères. Peu après commencèrent à apparaître les premiers troubles intellectuels, qui se manifestèrent par des idées hypochondriaques, un dégoût de la vie et des études, et de l'obnubilation de l'intelligence dont il se rendait parfaitement compte, lui qui était auparavant très favorisé au point de vue intellectuel.

Depuis ce jour il a présenté des alternatives de retour à l'état normal et de rechutes morbides.

Il se maria, il y a 4 ans, et resta près de deux ans sans rien présenter de pathologique.

Dernièrement nous l'observions et constatons chez lui les troubles suivants.

Stygmata de neurasthénie (troubles somatiques et psychi-

ques). — Céphalée assez fréquente limitée au front, à la racine du nez, ou quelquefois à la région occipitale seule. A certains jours il éprouve une sensation de vide dans la tête, et ne pense plus à rien.

L'affaiblissement de l'énergie motrice est chez lui très marquée, il se sent toujours fatigué, sans énergie, avec une certaine faiblesse dans les jambes. La marche lui est très pénible et il évite de faire des efforts.

On observe chez ce malade des troubles dyspeptiques, l'appétit est capricieux, mais d'habitude bien conservé. Après les repas il présente les symptômes qui accompagnent les digestions laborieuses.

L'insomnie est très fréquente, on observe en outre des réveils brusques produits par des secousses musculaires. L'affaiblissement de la mémoire est très marqué et l'aptitude au travail est nulle.

L'attention, base de toute opération intellectuelle, fait défaut, notre malade lit des pages entières sans les comprendre pensant à autre chose.

L'agoraphobie existe d'une façon remarquable, ainsi il ne peut traverser une place, suivre un boulevard sans sa canne. Cette peur des espaces présente ceci de remarquable qu'elle ne se manifeste que par un temps clair, un ciel découvert, un beau soleil. Alors il hésite en marchant, il croit qu'il va de travers, a peur qu'on le prenne pour un homme ivre, et plus il cherche à aller droit, plus il lui semble aller de travers. Quelquefois il pâlit, il lui semble que sa tête se vide, il a peur de tomber. Aussi la plupart du temps, il longe les maisons ou suit la bordure d'un trottoir en s'appuyant sur sa canne.

Cette peur des espaces il l'a quelquefois éprouvée dans les églises, surtout lorsqu'il se trouve dans le milieu de l'édifice, aussi a-t-il toujours la précaution de se placer dans un endroit un peu sombre, contre un pilier.

Tels sont les symptômes de neurasthénie que présente notre malade, nous allons maintenant décrire les troubles psychiques produits par la maladie. Ces troubles consistent en des idées obsédantes et angoissantes dont il a parfaitement conscience, dont il reconnaît l'absurdité et le ridicule, mais dont il ne peut

se débarrasser et qu'il ne peut surmonter, sa volonté n'étant pas assez forte.

J'ai dit que M. L... est pharmacien, il prépare ses médicaments avec un soin méticuleux et des précautions presque exagérées, c'est un pharmacien modèle.

Lorsqu'il fait une potion il ne ressent rien d'anormal, tant que dure la préparation, mais à peine la bouteille est-elle étiquetée et encapsulée qu'il est de suite repris par ses doutes. Il se demande alors s'il ne s'est pas trompé, il est ennuyé, obsédé, anxieux, même s'il n'y a pas de médicament dangereux dans la composition. Il cherche à se raisonner, mais c'est plus fort que lui, il a causé avec un tel ou un tel, il a certainement eu un moment d'absence, et les questions surgissent en foule, a-t-il bien mis la dose, ne s'est-il pas trompé de flacon, etc., et comme il est très scrupuleux, il lui arrive fréquemment de recommencer une préparation qu'il sait cependant irréprochable.

D'ailleurs, il procède toujours de la façon suivante, il place sur sa table les flacons ou bœaux contenant les médicaments dont il a besoin et les range dans l'ordre où ils sont indiqués sur l'ordonnance ou quelquefois si celle-ci n'est pas formulée à son gré dans l'ordre où ils doivent entrer dans la composition de la potion ; après s'être servi d'un flacon, il le repousse à l'autre extrémité de la table. En procédant de cette façon, il est moins obsédé par le doute d'avoir pu se tromper, et malgré cela, quand il a employé des médicaments actifs, il ne peut s'empêcher de se demander s'il n'a pas mis plus de gouttes ou de centigrammes qu'il n'aurait dû le faire.

Sur sa table de travail, tout est en ordre et rangé toujours dans le même sens, les crayons, porte-plumes, couteaux à papier doivent occuper toujours la même place, à la même distance les uns des autres et bien parallèles entre eux. C'est de l'enfantillage, m'avouait-il un jour que je le voyais rectifier la position de son couteau à papier, mais c'est plus fort que moi ; ce sont mes petites manies.

Il traite encore de manie cette singulière habitude qu'il a de ne pouvoir supporter la vue d'un défaut, d'un corps étranger dans la composition du papier du journal ou du livre qu'il lit. Il ne peut continuer sa lecture, si intéressante soit-elle, et ne

peut la reprendre avant d'avoir enlevé le petit brin de paille ou autre qui existait, préférant faire un trou dans le papier plutôt que de l'y laisser.

Toutes ces obsessions le font souffrir et le rendent nerveux, il est obligé de leur céder.

Lorsque notre malade écrit une lettre il ne peut s'empêcher de la lire et de la relire plusieurs fois pour voir et revoir s'il n'a pas fait de fautes d'orthographe ou de ponctuation, craignant toujours de s'être oublié, d'avoir eu un instant de distraction et d'en avoir laissé passer. Son écriture est méthodique et pleine de retouches. Lorsqu'il s'agit de cacheter l'enveloppe dans laquelle il vient de mettre sa lettre, il ne peut résister au désir de regarder à plusieurs reprises différentes si c'est bien sa lettre qu'il vient d'enfermer et non un autre papier. Aussi n'écrit-il jamais deux lettres de suite de peur de se tromper.

Lorsqu'il porte sa lettre à la poste l'obsession reparait plus forte encore, il l'écoute tomber dans la boîte et après l'avoir entendu frapper le fond, il met la main, plusieurs fois, pour bien s'assurer qu'on ne la sent pas. Puis il regarde à ses pieds et s'en va, mais après avoir fait quelques mètres il revient sur ses pas, passe et repasse devant la boîte postale en regardant, sans en avoir l'air, si sa lettre est bien dedans. Ses appréhensions ne se calment qu'au bout de quelque temps, remplacées par d'autres.

Cette observation présente ceci d'intéressant, c'est que la neurasthénie semble avoir été occasionnée par la syphilis.

Nous ferons remarquer que notre malade, bien qu'issu d'une famille de névropathes, ne présente aucun signe de dégénérescence physique.

M. L..., qui possède une légère teinture médicale se croyait atteint de paralysie générale, maladie qu'il avait étudiée dans un ouvrage de pathologie et dans laquelle il retrouvait ses symptômes physiques. Nous sommes parvenus en discutant avec lui les symptômes et la marche de l'encéphalite diffuse, à le convaincre

qu'il ne s'agissait chez lui que de vulgaire neurasthénie. Sous l'influence de l'hygiène et du traitement son état s'améliore, un peu de gaieté est revenue et ses idées obsédantes sont moins tenaces et moins fréquentes.

OBSERVATION II (personnelle)

Cérébrasthénie, folie neurasthénique (obsessions impulsives)

Mme R... est âgée de 28 ans.

Antécédents héréditaires. — Sa mère est une neuro-arthritique, souffrant assez souvent de la migraine et sujette aux douleurs articulaires et musculaires. Son père est mort jeune encore, à la suite d'une pleurésie. Un de ses frères a eu étant enfant la danse de Saint-Guy.

Antécédents personnels. — D'une santé assez bonne Mme R., eut, étant encore enfant la rougeole et la coqueluche.

Elle fut réglée vers 15 ans, l'apparition des premières règles fut pénible, et, à ce moment remonteraient les premiers troubles nerveux présentés par la malade. Depuis cette époque l'écoulement se fait normalement. Mariée à 23 ans, elle eut deux grossesses avec accouchements normaux.

D'un certain embonpoint Mme R... présente un peu d'asymétrie faciale avec également une légère asymétrie du crâne qui est plutôt microcéphale.

Stygmata de neurasthénie. — On observe chez cette malade les stigmates suivants de neurasthénie. La céphalée est typique avec la sensation d'une calotte lourde et trop serrée. Elle se plaint parfois d'avoir la tête vide, trop légère, j'ai une tête de laine, dit-elle.

Elle nous signale également des craquements à la nuque dans les mouvements de rotation de la tête.

L'énergie motrice est très affaiblie, notre malade se plaint d'être toujours fatiguée, par moments cependant elle semble

sortir de son état de torpeur habituelle, et elle se met courageusement au travail, mais ces élans ne durent guère et elle retombe bien vite dans son apathie.

Le sommeil est lourd et interrompu par des cauchemars et des rêves terrifiants, il lui semble voler dans l'espace, ne pouvoir fuir devant des animaux terribles, elle ne peut alors se rendormir. L'insomnie est fréquente chez notre malade, soit qu'elle succède à un réveil brusque, soit qu'elle se manifeste dès que Mme R... se met au lit, elle ne s'endort alors que fort tard dans la nuit et quelquefois seulement le matin quand vient le jour.

L'affaiblissement de la mémoire est très prononcé chez notre malade, elle en a parfaitement conscience.

Etat mental. — Douce, tranquille et apathique Mme R. semble n'avoir d'énergie que pour obéir à ses obsessions impulsives, elle se plait seule et passe ses journées dans sa chambre à coucher qu'elle fait elle-même avec un soin tout particulier. La maladie du doute est la caractéristique de l'état mental de cette malade. Dans tous ses actes et faits elle éprouve des idées de doute, qui sont parfois angoissantes lorsqu'elle ne peut se rendre compte de ce qu'elle a fait ou va faire.

Elle ne peut par exemple faire un achat dans un magasin sans revenir demander si elle a payé. Si elle n'ose le faire, elle rentre chez elle, toujours hantée par ses idées de doute ou ses scrupules, et sous le prétexte d'acheter un objet de peu de valeur, elle envoie sa bonne demander si elle n'a pas oublié de régler avant de partir. Dans son fort intérieur elle sait bien qu'elle a réglé sa dépense, mais elle est anxieuse, angoissée, et ne se calme qu'au retour de sa domestique qui la tranquillise.

L'obsession apparaît encore plus intense quand il lui faut quitter son linge de corps, ou changer ses draps de lit. Elle passe des heures entières à regarder dans son linge sale, pour voir si par hasard elle n'y a pas mis ou oublié quelque chose, quoi elle n'en sait rien, et lorsque l'on vient le lui enlever, ses doutes la reprennent, elle craint de n'avoir pas bien regardé et ses angoisses sont telles qu'elle se met à pleurer.

Lorsqu'elle va aux lieux d'aisance, elle emporte un vase de nuit et armée d'un petit morceau de bois, elle reste longtemps à regarder dans ses matières pour voir s'il n'y a rien d'étranger.

Lorsqu'elle sort dans la rue, elle est toujours préoccupée par la pensée qu'elle peut perdre quelque chose, son porte-monnaie, son mouchoir etc., aussi ne peut-elle s'empêcher de regarder à chaque instant derrière elle pour s'assurer qu'elle n'a rien perdu.

Cette observation comme la précédente montre deux malades neurasthéniques atteints d'obsessions neurasthéniques. M. L..., ne présente en effet, aucun signe de dégénérescence physique et est atteint d'épuisement nerveux typique, Mme R..., présente il est vrai, un peu d'asymétrie faciale, mais n'a par ailleurs aucun signe de dégénérescence physique, de plus, nous ferons remarquer que son asymétrie est peu prononcée, car elle n'en avait jamais fait la remarque, c'est une neurasthénique avérée.

OBSERVATION III (inédite)

Mlle D..., est âgée de 25 ans. C'est une enfant naturelle qui ne peut donner que de vagues renseignements sur ses ascendants; sa mère est morte jeune, son père lui est inconnu, mais nous savons que plusieurs parents de sa mère sont bizarres, irritables à l'excès.

Mlle D... est assez intelligente, elle comprend rapidement, elle a cherché à s'instruire, lisant même des livres trop élevés pour elle, elle parle facilement, avec aisance, souvent même avec recherche.

Jusqu'à l'âge de 20 ans, elle s'est bien portée, la vie physique a été bonne à tous les points de vue. Puis elle devenue souffrante, apathique, digérant mal. Un médecin qu'elle consulte alors la déclare dyspeptique, elle a de l'insomnie, dans la journée elle est fatiguée, elle manque d'énergie, elle est triste, elle se plaint d'avoir souvent mal à la tête, son front, sa nuque sont serrés comme par une couronne de fer, puis apparaissent des idées

d'incertitude, de doute. Son énergie diminue de plus en plus, le goût du travail a disparu, elle n'a même plus la force nécessaire pour penser à ses doutes. Ses règles deviennent irrégulières.

L'état mental de la malade s'étant aggravé, nécessite son admission à l'asile.

Elle raconte son histoire avec une lucidité parfaite, nous faisant part de ses angoisses, des différentes étapes de son existence pathologique, nous découvrant un état d'âme tourmenté, incertain de la direction qu'il doit prendre, attiré d'un côté par la vie réelle, décevante, pleine de troubles et d'incertitudes, de l'autre par un idéal qui s'est imposé depuis peu et qui caractérise, ainsi que nous le verrons plus loin, un état maniaque secondaire, surajouté à l'état angoissant primitif, se combinant parfois avec lui, parfois en étant totalement distinct, pour se terminer par un état démentiel caractérisé.

Mlle D... a perdu sa mère, encore enfant ; elle l'aimait beaucoup et cherchait à la consoler d'accès de tristesse, parfois fort longs, pendant lesquels elle pleurait.

Vers 19 ans elle connut sa situation, sut pourquoi elle n'avait pas de père, la cause des larmes de sa mère. C'est à ce moment qu'apparurent les symptômes de neurasthénie que nous avons mentionnés plus haut. Elle chercha une consolation et un soutien près de la famille de sa mère, on la repoussa avec mépris, lui reprochant sa naissance irrégulière, lui disant qu'elle n'avait pas de nom.

Une de ses meilleures amies lui fit les mêmes reproches, elle douta alors des bons sentiments qu'on pouvait avoir à son égard, elle avait tellement souffert du mépris des siens qu'elle redouta de s'attacher à une autre jeune fille, dans la crainte de subir les mêmes affronts.

Elle s'isola de plus en plus, méditant sur sa position, voyant chaque jour plus nettement que la veille, le peu de croyance qu'on peut accorder aux dires de ses semblables, puis finissant par se demander si ses sentiments à elle étaient bien réels, bien sincères.

Quelque temps après elle aime un jeune homme, il lui propose le mariage, elle accepta avec joie, puis, quelques jours après, refuse de le voir, déclare que tout est rompu.... Voici ce qui

s'était passé : réfléchissant sur cette demande en mariage, elle s'était demandée si vraiment elle l'aimait, si ce n'était pas une comédie, si elle n'allait pas être séduite comme sa mère, puis abandonnée. Puis si, mariée, elle pourrait être bonne femme, aimer son mari. En aurait-elle la force ? Et d'ailleurs, l'aimait-elle vraiment ? Oui ? Non ?

Le doute s'était établi.

Elle redoute de le voir craignant de ne plus l'aimer, de lui déplaire, etc... L'angoisse est si forte qu'elle préfère lui écrire qu'elle ne veut plus de lui.

Il se marie avec une autre, Mlle D... est reprise par ses doutes, mais en sens opposé ; elle doute d'avoir pu le rendre malheureux ; elle aurait fait une excellente femme, et maintenant que tout est fini elle craint qu'il ne soit malheureux, elle le voit triste, pleurant, obligé de quitter sa femme. Ces pensées l'obsèdent jour et nuit.

Des livres de piété lui tombent entre les mains, elle les lit avec avidité, cherchant un dérivatif à ses pensées. Mais un jour au beau milieu de la lecture d'une méditation elle s'arrête : est-ce vrai tout ce qu'on raconte là-dedans ? — Dieu qu'est-ce que c'est ? — Existe-t-il ? — Pendant des mois elle ne prie plus tourmentée par la question de l'existence de Dieu. Puis comme dans le cas de son fiancé le doute contraire s'établit : elle a tort de penser ainsi, est-ce qu'il est permis de douter de Dieu ? n'est-elle pas damnée pour cela ? Alors elle est obsédée par la crainte d'avoir offensé Dieu, et elle redevient dévote, va à l'église. Mais elle est toujours obsédée par ses doutes, n'a-t-elle pas oublié de prendre de l'eau bénite ? Elle n'a pas touché son front ? Elle croit qu'elle n'a pas fait de genu flexion en passant devant l'autel ? A-t-elle dit le nombre exact de prières imposées par son confesseur ? Et pourtant elle n'est pas plus malheureuse qu'avant. Dieu ne l'a pas punie de toutes ces omissions ? Donc Dieu est impuissant ? les foudres de l'Église sont donc une vaine menace ? Et elle retombe dans son premier doute et sa première obsession de la non-existence de Dieu.

Un jour, sortant dans la rue, elle se demande pourquoi elle ne va pas à droite plutôt qu'à gauche ? Elle hésite puis prend à gauche. Rentrée chez elle cette question se pose : pourquoi est-

elle allée à gauche? c'est qu'un malheur l'y attendait, elle l'a évité, mais demain elle ira à droite. Et depuis elle passe toujours à droite, préférant souvent faire de longs détours.

Inconsciemment, malgré elle, dit-elle, elle évite les ombres portées, sa volonté est impuissante et chaque fois qu'elle est forcée de marcher dans l'ombre, elle a beau se raisonner, elle est angoissée. Dans la rue elle marche sur les pavés, évitant de placer le pied sur les interstices, faisant des sauts qui font rire d'elle, mais c'est plus fort qu'elle.

Cet état dure 5 ans, puis l'obsession se complique; en sortant un jour elle rencontre un homme devant sa porte, il allait à droite, c'est son côté, de plus, il l'a regardée avec insistance, que va-t-il donc lui arriver? Elle fait quelques pas et rentre dans la crainte d'un malheur.

Nous arrivons à la seconde période. Cet homme qu'elle a rencontré lui veut certainement du mal, elle pense sans cesse à lui, et reste couchée presque tout le temps.

Elle pense encore à son fiancé, ses doutes, ses obsessions à son sujet reparaissent et reviennent de plus belle, elle craint sans cesse qu'un homme soit dans sa chambre.

Mais elle a senti des attouchements, ces attouchements lui font plaisir, elle ne cherche pas à les repousser et elle construit tout un délire érotique.

Elle s'imagine que des hommes sont près d'elle, couchent avec elle, et voilà que peu à peu ses idées de doute diminuent; elle se lève un soir, sort, recherche les hommes et se fait arrêter.

C'est désormais une folle érotique, elle a des hallucinations multiples, ses idées de doute et ses obsessions passent au second rang.

Cette observation présente à remarquer: que la neurasthénie semble avoir été produite par le traumatisme moral dû aux émotions et aux chagrins qu'a éprouvé la malade quand elle a connu le secret de sa naissance. Puis que les troubles mentaux caractérisés par des idées de doute continuel, ont dégénéré en folie érotique. On pourrait peut-être invoquer l'héré-

dité pour expliquer l'apparition des hallucinations et de l'érotisme, car du côté maternel on relève des ascendants excentriques et irritables à l'excès, et du côté du père les renseignements nous font défaut.

OBSERVATION IV (Inédite).

M. Jean C... est âgé de 23 ans. C'est un neurasthénique qui a présenté quelques troubles nerveux vers l'âge de la puberté. Les signes de neurasthénie qu'il présente actuellement consistent en : céphalée limitée à l'occiput, en vertiges fréquents, en une sensation continuelle de fatigue, en insomnie, et en dépression cérébrale.

D'un caractère indépendant, qui n'admet aucun autorité, C... est toujours en quête de nouveaux ouvrages de nouvelles études. Il entreprend quantité de travaux à la fois et n'en achève aucun.

D'une certaine culture intellectuelle, il étudie un jour la chimie, les sciences naturelles, la physique et le lendemain n'y pense plus.

Il passe son temps à se poser des interrogations, à délibérer sans pouvoir jamais arriver à la certitude. Toujours inquiet, tourmenté, il s'irrite de ne pas pouvoir résoudre les questions qui s'imposent sans cesse à son esprit et l'obsèdent.

Quant il nous parle, c'est pour nous poser des points d'interrogation, suivis d'un qu'en pensez-vous ?

Il éprouve une impression désagréable quant au cours d'une lecture ou d'une conversation il rencontre certains mots, comme le mot, billevesées, par exemple.

De même les nombres 5 et 9 le troublent il prétend que ces chiffres lui sont funestes.

2^o OBSESSIONS, CRAINTES

(Crainte des contacts)

Les auteurs ont l'habitude d'associer la crainte des contacts à la maladie du doute et de la décrire comme l'un des symptômes de cette dernière. Elle annoncerait ainsi l'invasion de la seconde période dans laquelle le trouble mental prend les caractères d'une véritable psychopathie. Mais en réalité la crainte des contacts ou délire du toucher a une existence indépendante et mérite d'être envisagée à part.

Legrand du Saulle qui a décrit ce trouble mental l'associe à la maladie du doute sous le nom de « Folie du doute avec délire du toucher ». En réalité la crainte des contacts s'observe rarement seule mais ce n'est pas seulement avec la folie du doute qu'elle aime à s'associer.

La plupart des aliénistes font aujourd'hui de la maladie du doute et de la crainte des contacts, deux formes distinctes d'obsessions.

Quoi qu'il en soit, la folie du doute précède toujours la folie du toucher, quand on les trouve associées.

La crainte du contact de certains objets, telle est constituée l'affection dans sa forme la plus simple. Elle a pour base une idée fixe et pour conséquence une frayeur anxieuse.

Comme pour la folie du doute, les neurasthéniques chez lesquels on l'observe jouissent d'une intelligence normale et d'une pleine et entière conscience de l'absurdité et du cachet maladif des craintes.

Elle est extrêmement tenace et en dépit des accal-

mies plus ou moins longues qui peuvent survenir, elle tend à devenir chronique et à envahir peu à peu l'individu qu'elle réduit à l'état d'automate, tout en lui laissant la lucidité et la conscience les plus entières.

Les objets que les malades craignent de toucher sont très divers, on a donné à ces craintes ou phobies des noms divers selon la nature des objets dont les malades redoutent le contact.

On a ainsi décrit la métallophobie ou peur des objets de métal, le malade déclare qu'il lui répugne de toucher des pièces de monnaie, qu'il lui faut mettre des gants pour recevoir ou compter de l'argent, qu'il ne toucherait pas le bouton d'une porte ou l'espagnolette d'une fenêtre sans envelopper sa main dans les plis de son vêtement ou de son mouchoir.

S'ils ont touché par mégarde un objet de métal, ils se lavent les mains et passent un certain temps à faire des lavages successifs, cherchant à se convaincre que les objets n'étaient pas malpropres.

Comme exemple de ces malades on peut citer celui de ce suisse de la cathédrale de Rennes qui ne pouvait saisir sa hallebarde sans éprouver un sentiment d'angoisse très pénible, et aussi celui de ce conseiller de cour d'appel, qui n'ouvrait les portes que la main enveloppée dans son habit. La peur des morceaux de verre se nomme cristallophobie ; la peur des épingles, bélérophobie ; la peur des poils, tricophobie ; la peur des objets pointus, aichmophobie ; la peur des poisons, iophobie, comme cette malade de Legrand du Saulle qui refusait de donner la main à son médecin parce qu'il pouvait avoir manipulé des poisons ; la peur des virus ou lyssophobie, dont était atteint ce

maire cité par Cullere qui, obsédé par la crainte des chiens enragés, ne sortait qu'armé d'une grosse canne et muni de l'arsenal nécessaire à une cautérisation. Il avait pris des arrêtés municipaux d'une rigueur insolite contre les chiens non tenus en laisse et non muselés ; personne ne se doutait du motif ridicule de ces sévérités et il passait pour un administrateur distingué et zélé.

La peur du sang ou hémaphobie, la peur de la saleté ou misophobie. La peur du suif dont était atteinte une malade de Trélat qui avait toujours peur qu'il y ait du suif chez elle, elle possédait une maison à Paris et n'avait jamais voulu louer à un épicier parce que ces marchands vendent du suif.

Quelque soit la forme affectée par l'appréhension morbide, et souvent elle est multiple, elle se manifeste par crises angoissantes. Cette appréhension est d'origine réellement psychique, car elle naît à la seule idée au souvenir de cet objet.

3^o *Crainte des lieux, des éléments.* — Le type de cette forme de crainte est l'agoraphobie ou peur des espaces.

La peur des espaces est une aberration mentale dont le malade a pleine conscience mais dont il est incapable de se rendre maître. Elle a été décrite en 1872 par Westphall qui lui a donné le nom d'agoraphobie, puis la même année par Cordes qui en a lui-même souffert. C'est, dit-il, une angoisse psychique, un symptôme de neurasthénie infiniment plus général qu'on se l'imagine.

Depuis lors, l'attention ayant été appelée sur cet

état morbide, de nombreuses observations ont été publiées.

L'agoraphobie, comme toutes les obsessions, existe rarement à l'état isolé, elle est le plus souvent associée à d'autres formes d'obsessions chez les neurasthéniques. Elle se caractérise par l'appréhension des grands espaces, de traverser une place, un boulevard, etc. Elle débute par une angoisse subite avec serrement de cœur, un sentiment de frayeur, la crainte de quelque chose d'inconnu, d'indéfini, dont on va éprouver quelque mal ; puis la frayeur augmente, il survient des palpitations violentes, de l'oppression, des alternatives de frissons et de chaleur à la peau, les forces s'en vont, le patient se sent tomber en faiblesse, des nuages passent devant ses yeux, il pâlit, se couvre de sueurs et chancelle, il sent ses jambes se dérober sous lui, les pavés deviennent mobiles, mous, gras. Le malade est dominé par la conviction irrésistible qu'il ne pourra jamais affronter ce vide et traverser cet espace désert. Habituellement, la crise de l'agoraphobe ne présente qu'un ou plusieurs des symptômes que nous avons énumérés, dans certains cas cependant le malade peut les éprouver tous.

L'angoisse de l'agoraphobe est d'origine absolument psychique, comme le démontre l'ordre d'idées qui l'accompagne. Les idées qui l'obsèdent sont en effet celles-ci : il va m'arriver malheur, je vais m'évanouir, avoir une attaque, tomber, on m'observe, on me prend pour un homme ivre, je vais passer pour un ridicule, un fou, un poltron.

Il a parfaitement conscience de l'absurdité de ses craintes, il se raisonne, s'admoneste, le tout en vain, l'espace s'allonge à l'infini devant lui.

Mais que l'agoraphobe soit au bras de quelqu'un, qu'il longe un mur, qu'il possède une canne ou tienne la main d'un enfant, cette aide si minime qu'elle soit lui suffit pour vaincre ou empêcher l'obsession et il franchit l'espace avec la plus grande facilité.

Legrand du Saulle cite l'observation d'un lieutenant d'infanterie qui est atteint d'agoraphobie lorsqu'il traverse une place en costume civil et ne ressent aucun malaise lorsqu'il est en uniforme la main appuyée sur la poignée du sabre.

Chez certains individus l'angoisse se produit à l'occasion du passage d'un pont, c'était le cas de Pierre le Grand, ou lorsqu'ils se trouvent dans une vaste enceinte, à l'église, au théâtre.

On a aussi décrit la peur des précipices ou cremnophobie et la peur des sommets ou acrophobie.

L'acrophobie a été décrite par le Docteur Verga qui en était atteint. Les sensations et l'angoisse éprouvées par les malades en présence d'un gouffre ou sur une hauteur, sont les mêmes que celles de l'agoraphobe en présence d'une grande place. Verga en outre, signale sur lui en plus des sensations vives qui l'envahissent, une contraction douloureuse des bourses.

La thalassaphobie est le vertige en face de la mer. La potamophobie est une peur angoissante de même nature se produisant au bord des rivières, des étangs ou seulement quand les malades sont en bateau.

Après la peur des espaces ouverts on signale la peur des espaces fermées. Elle a été décrite par Ball sous le nom de claustrophobie elle semble aux antipodes de l'agoraphobie et cependant coïncide parfois avec elle chez le même malade.

L'angoisse se produit quand les malades sont seuls

dans des lieux clos, ils ne peuvent rester enfermés et, à la seule idée qu'ils sont ou peuvent être enfermés dans un endroit clos, ils éprouvent un sentiment d'oppression, d'étouffement de resserrement intérieur ou d'anxiété constrictive qui les fait se précipiter au dehors, malgré les obstacles qu'ils peuvent rencontrer devant eux.

La claustrophobie est beaucoup moins fréquente chez les neurasthéniques que l'agoraphobie.

M. Ball a rapporté le cas d'une malade qu'il a eu l'occasion d'observer et qui donne un remarquable exemple de claustrophobie.

« Un jour, dit-elle, poussée par la curiosité, je voulus visiter la tour Saint-Jacques. Nous voilà partis, père, enfants, mari, mais au beau milieu de l'ascension je suis prise d'une terreur folle, il me semble qu'on a fermé la porte d'en bas et que nous ne pourrions plus sortir, les miens traitèrent cela d'enfantillage et me firent monter plus haut. Tout à coup, sans qu'on ait pu comprendre ma pensée, je descendis jusqu'en bas comme un trait malgré les cris de mes enfants, bousculant tout sur mon passage. Il paraît que ma dernière heure n'était pas arrivée car j'aurais pu me tuer cent fois ; ma descente avait été vertigineuse au dire de mon mari. A peine étais-je arrivée en bas à l'air libre que la crise se dissipait comme par enchantement, et je respirais bruyamment comme au sortir d'un puits. La peur est tout mon mal. »

Beard a décrit sous le nom d'astrophobie une peur extrême produite chez certains neurasthéniques par l'approche des orages, la vue des éclairs, le bruit du tonnerre. On observe dans ces cas en plus de la frayeur

très vive, de la lourdeur de tête, des nausées, des vomissements et quelquefois de la diarrhée.

4^o *Crainte des êtres vivants.* — C'est dans cette catégorie que l'on observe l'antropophobie, affection décrite par Beard. Elle consiste dans la peur de la foule, de se mêler à elle et de voir du monde autour de soi.

Quelquefois la peur se limite à un seul sexe ; ordinairement ce n'est pas le sexe auquel appartient le malade, si c'est la femme qui cause la frayeur ou donne à celle-ci le nom de gynéphobie.

L'antropophobie a pour pendant la monophobie ou crainte de la solitude. Comme ce malade neurasthénique cité par Weir Mitchell qui sous l'influence d'une idée fixe de ce genre en était réduit à payer un homme pour l'accompagner constamment.

D'autres ont la crainte de certains animaux vivants (zoophobie) les araignées, les crapauds, les souris, les chats. Comme Henri III qui, nous dit l'histoire, ne pouvait supporter la vue d'un chat.

Par contre certains neurasthéniques ont pour les animaux une sympathie malade (zoophilie). Ils sont émus d'une façon anormale et toute pathologique à la pensée des souffrances que peut ressentir un chien un chat, un cheval.

C'est dans les zoophiles que se rencontre cette catégorie de malades que M. Magnan a décrit sous le nom d'antivivisectionnistes. Ils se réunissent habituellement en sociétés dites protectrices des animaux, et dans ces milieux éminemment zoophiles, on oublie ce qui reste à faire dans notre état social au point de vue philanthropique, et on ne craint pas de présenter des

propositions pour la création d'asiles et de caisses de retraite pour les animaux vieux et infirmes.

M. Magnan a observé une dame qui tous les jours se promenait dans les rues, avec un panier rempli de morceaux de pain qu'elle distribuait aux chiens errants, mais qu'elle refusait de donner aux malheureux indigents.

Nous donnons ici l'observation d'un neurasthénique que nous avons eu l'occasion d'observer et qui parmi ses phobies et ses doutes, présentait surtout une grande frayeur pour les animaux et principalement pour les grenouilles et les souris, il ne pouvait se rendre maître de l'angoisse qui l'envahissait à la vue de ces animaux, bien qu'il reconnaissait parfaitement l'absurdité de sa frayeur.

OBSERVATION V (personnelle)

M. D..., âgé de 24 ans, employé dans un bureau, est un neurasthénique avéré, sans signes de dégénérescence physique. Il présente des obsessions angoissantes caractérisées par des phobies diverses, surtout par de la zoophobie, de la pyrophobie, de la pathophobie et la crainte du ridicule.

Comme antécédents héréditaires, il ne nous dit que peu de choses, son père jouit d'une bonne santé, sa mère est nerveuse et aurait une maladie de cœur ;

Antécédents personnels. D'une santé assez bonne jusqu'à ces derniers temps, M. D... n'a pas fait de grande maladie, tous les ans seulement, à la mauvaise saison, il serait sujet aux bronchites.

M. D... a commencé à présenter des symptômes de neurasthénie il y a deux ans environ, la maladie a débuté chez lui par des troubles digestifs et de la céphalée. Il attribue son mal, non sans apparence de raison, à une chute de voiture qu'il fit à cette époque, il fut violemment projeté sur le sol ou il resta

quelques instants, dit-il, comme étourdi. À la suite de cet accident, il eut des douleurs d'estomac et des vomissements alimentaires à chaque repas, il se mit au lait pendant quelques jours, puis tout disparut. Deux ou trois mois après, les maux de têtes et les mauvaises digestions reparurent.

Actuellement les signes de neurasthénie accusés par le malade sont : la dyspepsie avec dilatation assez accusée de l'estomac, et ballonnement du ventre, mauvaises digestions, renvois, quelquefois vomissements.

La céphalée est très fréquente et siège principalement aux tempes et à la région frontale, elle disparaît habituellement après le repas du midi.

L'insomnie est tenace, et oblige notre malade à se coucher tard et à lire le soir dans son lit jusqu'à une heure avancée de la nuit.

L'asthénie neuro-musculaire est très prononcée, à tel point qu'il hésite à se lever de son fauteuil pour aller prendre dans les casiers de son bureau les papiers dont il peut avoir besoin, et qu'il se les fait apporter toutes les fois qu'il le peut.

Il se plaint de n'avoir plus de goût au travail, et de n'avoir plus d'idées comme autrefois.

Il est assez difficile d'amener M. D... à parler de ses idées obsédantes dont il se rend parfaitement compte. Il les cache d'autant plus que la crainte du ridicule est poussée chez lui à un état tel qu'elle devient un symptôme maladif.

Il se demande constamment ce que l'on dit et ce que l'on pense de lui, il s'interroge toujours avant de faire quelque chose pour savoir ce que l'on en pensera. Il questionne souvent ses parents et ses amis pour savoir ce que pensent de lui des gens qui ne s'en occupent point du tout. Il doute de leurs bons sentiments à son égard, c'est une véritable obsession.

La zoophobie est un des points caractéristique de l'état mental de notre malade. Car si certains animaux lui sont indifférents, la plupart lui sont en horreur, il a une aversion spéciale pour certains d'entre eux, comme par exemple les grenouilles, les souris.

La vue seule d'une grenouille le met hors de lui et le fait fuir,

et lui donne des frissons dans le dos. S'il me fallait en toucher une, dit-il, je crois que je tomberais en faiblesse.

Les souris produisent sur lui le même effet.

M. D... a changé plusieurs fois de restaurant parce qu'il y avait des chats ou des chiens dans la maison, car, en outre de la vue de ces animaux qui lui était fort désagréable, il croyait continuellement voir des poils dans ses aliments, et passait un bon moment à les inspecter avant de se décider à manger.

La vue d'un chat, d'un chien, etc., l'énerve, il lui est pénible de rester près d'eux, il a de la répulsion pour eux, mais il n'éprouve pas toutefois ces sensations désagréables, cette anxiété, cette angoisse véritable qu'il ressent à la vue des grenouilles ou des souris.

Dans son bureau, M. D... passe pour un maniaque, car si la plupart de ses affaires sont en désordre, il ne peut supporter que certaines choses soient dérangées.

Il a également une frayeur exagérée vis-à-vis du feu, il fait habituellement ramoner sa cheminée trois à quatre fois l'an, bien qu'il n'y fasse que très peu de feu.

Il lui arrive souvent la nuit de se relever pour aller voir si le feu est bien éteint dans la pièce contiguë à sa chambre à coucher. Il sait cependant fort bien que c'est chose inutile, car le soir il prend des précautions infinies pour que tous les tisons soient bien éteints, il hésite, cherche à se convaincre, mais l'obsession est plus forte et il ne peut s'endormir avant d'avoir recommencé son inspection, reculé toutes les chaises loin de la cheminée.

3^e OBSESSIONS PROPENSIONS

Les obsessions propensions dit M. Régis sont celles dans lesquelles l'idée fixe a pour effet non plus une peur, mais une tendance irrésistible.

Ce sont les obsessions impulsives ou impulsions. On range dans cette catégorie l'onomatomanie, la kleptomanie, la dyspsomanie, la pyromanie, l'impulsion au meurtre et au suicide, les obsessions sexuelles.

1^o *Onomatomanie*. L'onomatomanie est une obsession caractérisée par la préoccupation, par la recherche pressante et active du nom ou du mot, au point de provoquer l'angoisse.

Les diverses variétés d'onomatomanie ne doivent pas être toutes rangées au nombre des obsessions impulsions. La recherche angoissante du mot qui échappe, trouve plus naturellement sa place parmi les obsessions du doute ; la crainte de certains mots à signification fâcheuse se rattache plutôt au groupe des phobies.

M. Magnan divise en cinq variétés, les principaux états que peut créer l'onomatomanie.

1^o La recherche angoissante du nom et du mot.

2^o L'obsession du mot qui s'impose et l'impulsion irrésistible à le répéter.

3^o La signification particulièrement funeste de certains mots prononcés dans le cours d'une conversation.

4^o L'influence préservatrice de certains mots.

5^o Le mot devenu pour le patient un véritable corps solide, indûment avalé, pesant sur l'estomac et pouvant être rejeté par des efforts d'expulsion ou de crachements.

Dans ces variétés comme du reste dans toutes les obsessions que nous avons citées, le malade a une entière conscience de son état, il regrette et déplore ses idées absurdes mais il n'en reste pas moins l'esclave de ses bizarreries.

La *coprolalie* est une onomatomanie impulsive dans laquelle les malades sont portés malgré eux, à proférer des paroles grossières.

L'*arithmomane* est l'obsession du nombre, elle ne

diffère de l'onomatomanie que dans ce sens, que le chiffre y remplace le mot.

Les arithmomanes se préoccupent partout où ils sont du nombre des objets qu'ils ont sous les yeux. Tel compte les marches d'un escalier qu'il monte, les réverbères, les poteaux, les arbres qu'il rencontre sur sa route, quelquefois il revient plusieurs fois sur ses pas pour bien s'assurer qu'il ne s'est pas trompé dans son calcul.

Napoléon, dit M. Ball, présentait la manie de compter par couples les fenêtres des maisons, quand il passait dans la rue.

Non moins curieuse, l'observation de ce malade dont parle Legrand du Saulle qui, venu pour le consulter, s'écrie en sortant : vous avez quarante deux volumes sur votre table et vous portez un gilet à sept boutons ; excusez-moi c'est involontaire, il faut que je compte.

L'une des formes les plus fréquentes de l'arithmomanie consiste à attacher une signification fâcheuse à certains nombres, particulièrement aux nombres 3, 7, 13. L'angoisse se produit chaque fois que ce chiffre paraît dans un des actes de la vie.

2° *Pyromanie*. — La pyromanie est l'impulsion à l'incendie.

Il est nécessaire de faire une distinction entre le pyromane qui agit sous l'influence d'une impulsion sans angoisse, consécutive ou non à des idées délirantes, comme on en observe chez les épileptiques, les dégénérés, les imbéciles et les déments, et le pyromane qui agit sous l'influence d'une obsession impulsive avec angoisse comme on en observe chez les neurasthéniques.

Le pyromane s'attaque de préférence aux matières facilement inflammables, (meules de foin, de paille, haies des champs, forêts de sapins). L'acte commis, il éprouve un soulagement, surtout si l'incendie a été important. Quelquefois, il s'empresse de porter secours, et si sa culpabilité est soupçonnée, il nie son crime et invente des mensonges pour détourner les soupçons, comme le ferait un vulgaire coupable, qui aurait agi de sang-froid sous l'influence de vengeance. Il cherche d'autant plus à se disculper, qu'il a parfaitement conscience du mal qu'il a fait, de même qu'il avait parfaitement conscience auparavant, du dommage qu'il causerait en allumant l'incendie, il cherchait à chasser l'obsession, mais sa volonté était impuissante pour pouvoir surmonter l'idée fixe qui s'était imposée.

Nous donnons plus loin une observation de pyromane que nous a communiquée un de nos amis.

D'après M. Régis, le sexe féminin fournirait le plus grand nombre des pyromanes. Cependant, dans la statique publiée par M. Marandon de Montyel sur les pyromanes au point de vue médico-légal, tous les cas, sauf un, sont relatifs au sexe masculin.

OBSERVATION VI (Inédite).

R... est un homme de 46 ans, mouleur en fonte, peu instruit, et qui fait de temps à autre des excès alcooliques, sans pourtant s'être jamais fait remarquer pour ivresse manifeste. On n'a jamais eu à lui reprocher un acte violent. Habituellement il est taciturne et parle peu. Il présente des signes évidents de neurasthénie, qui semblent avoir été occasionnés par le surmenage dans une atmosphère surchauffée.

Il y a deux ans, fumant à côté d'une botte de foin, il a mis le feu sans le vouloir et il a éprouvé un certain contentement à

voir les flammes. Un mois après il avait totalement oublié ce petit accident, quand passant à côté d'une meule de foin l'idée lui est venue qu'il pourrait y mettre le feu, qu'elle brûlerait comme la botte de foin ; il a repoussé cette idée et a continué son chemin.

Toute la journée il a été mal à l'aise, il a mal travaillé, hanté par l'idée qu'il aurait pu se procurer gratis un beau spectacle s'il avait mis le feu.

La nuit il a été de plus en plus obsédé par cette idée, il s'est endormi fort tard et a rêvé de flammes.

Au réveil de bonne heure il sort et va à l'endroit où il était passé la veille. La meule est là, il y en a d'autres à côté, mais il n'y fait pas attention, c'est la première vue qu'il veut, c'est celle-là qui doit brûler. Il regarde autour de lui pour voir s'il n'y a personne, frotte une allumette et la jette sur le foin. Il se sauve vite, se retourne et voit que le feu a pris et se rend à son travail. Pendant toute la journée il a été tranquille, travaillant avec ardeur ; il apprend de ses camarades que l'incendie n'a presque rien été le foin était humide et a à peine brûlé. Pendant huit jours, R. est tranquille ; puis toujours sans motif, il se sent repris par cette idée que s'il avait voulu l'incendie aurait pu être considérable. Les mêmes angoisses le poursuivent, il cesse définitivement de travailler, erre dans les champs et se fait remarquer par son attitude sombre. De plus en plus angoissé il retourne le soir vers la meule, s'assure encore qu'on ne peut le voir et met le feu. Cette fois tout a brûlé et R. a éprouvé un bien-être considérable. Il est arrêté, pas une minute il n'a manifesté le repentir de son acte ; il allègue pour sa défense que c'était plus fort que lui que la vue seule du feu pouvait le soulager.

Sorti de prison un an après, il se fait arrêter de nouveau il y a 3 mois pour un acte de même nature. Il est actuellement en prison et son internement est prochain.

On oppose à l'incendiaire le pyrophobe qui lui, est obsédé par la crainte du feu.

La *pyrophobie* s'observe assez souvent chez les neurasthéniques douteurs, nous en avons donné un exemple dans notre observation n° V.

On trouve cité dans les auteurs, le cas d'un magistrat qui avait une véritable terreur du feu. Il passait ses nuits sans sommeil, se levant à différentes reprises et errant dans sa maison d'un étage à l'autre, pour surveiller les cheminées où l'on avait fait du feu et les endroits où il avait jeté un bout de cigarette, une allumette qu'il avait d'ailleurs bien soin d'éteindre longuement et minutieusement.

3^o La *kleptomanie* c'est l'impulsion consciente et irrésistible au vol.

Parmi les kleptomanes, il faut distinguer les neurasthéniques lucides, que torture l'envie de voler, qui luttent de toutes leurs forces contre cette impulsion, dont ils comprennent le caractère immoral et délictueux, mais dont la volonté est incapable de résister à leur tendance pathologique, des vols morbides que commettent les paralytiques généraux, les déments, les séniles, les imbéciles, les épileptiques dont l'intelligence affaiblie ne mesure ni la portée ni les conséquences.

Il ne faut pas non plus confondre le kleptomane obsédé, avec le fou moral qui vole en vertu de ses instincts pervers, qui obéit à un penchant vicieux habituel et permanent, qui s'y adonne volontiers ; tandis que le neurasthénique qui en est atteint cède à une obsession morbide intermittente contre laquelle il lutte, dont il s'afflige et à laquelle il ne succombe qu'avec regret comme sous la force d'une puissance supérieure, plus forte que sa volonté. Il éprouve un soulagement, une détente après avoir accompli l'acte morbide que lui conseillait son idée fixe.

Les obsédés neurasthéniques volent indifféremment n'importe quel objet, sans se rendre compte du parti

qu'ils pourront en tirer. Quelquefois cependant l'obsession se localise et les malades accumulent chez eux des objets de nulle valeur, des peignes, des objets de toilette, des ustensiles de cuisine, etc. Témoin ce médecin qui volait les montres de ses malades qu'il collectionnait avec soin.

De même que nous avons vu les pyrophobes opposés aux pyromanes, nous voyons également les kleptophobes opposés aux keptomanes ; dans ce dernier cas le désir obsédant de voler a comme contre-partie la crainte non moins obsédante de voler ou d'avoir volé.

La Kleptophobie s'observe plus souvent que la kleptomanie chez les neurasthéniques : C'est une variété de la folie du doute qui pousse irrésistiblement les malades à s'assurer avec la plus grande minutie et parfois même avec une inquiétude angoissante qu'ils n'ont point sur eux l'objet supposé dérobé. Ils fouillent successivement tous leurs vêtements, renversent leurs poches, ôtent leurs effets.

A côté de l'impulsion au vol on peut placer l'impulsion irrésistible aux achats qui a été signalée par Trélat.

Elle s'observe aussi dans la paralysie générale au début mais chez les neurasthéniques les achats ne présentent pas le même caractère d'absurdité que les achats inconsidérés du paralytique général.

Nous signalerons seulement l'impulsion obsédante du jeu qui est rare comme obsession neurasthénique et mérite plutôt de prendre place dans les perversions morales.

4^e *Dypsomanie*. — La dypsomanie est l'impulsion à boire.

Cet état s'observe assez fréquemment au début des

psychoses à excitation, comme la manie et la paralysie générale, où elle représente une des manifestations de ce besoin morbide d'activité qui pousse à tous les excès ; mais on l'observe aussi assez souvent chez les neurasthéniques, surtout chez ceux qui présentent des stigmates de dégénérescence physique.

Esquirol, Morel, Marcé, Griesinger, Foville, Lasègue, Magnan ont donné quoique dans un esprit différent de bonnes descriptions de la dyspsomanie.

Trélat, en quelques mots qui méritent d'être conservés a fourni les éléments de diagnostic de cet état maladif. « Les ivrognes, dit-il, sont des gens qui s'enivrent quand ils en trouvent l'occasion, tandis que les dyspsomanes sont des malades qui s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend. »

Cette affection revient par accès essentiellement intermittents. Ces accès sont quelquefois précédés de prodromes, tels que sentiment vague de tristesse, découragement, incapacité de tout travail, de toute réflexion, vague appréhension d'un malheur prochain, sensation d'ardeur et de brûlure au gosier, soif intense, dégoût des aliments.

Les malades se rendent parfaitement compte de leur état, ont pleine conscience de leur trouble mental ; ils le déplorent et luttent contre l'obsession qui les envahit. Ils se morigènent, s'encouragent à la résistance et se vouent eux-mêmes à l'opprobre et au mépris, mais l'impulsion est vraiment irrésistible et domine toute autre considération.

La durée des accès n'a rien de fixe et varie entre deux et quinze jours ; beaucoup de dyspsomanes se cachent et disparaissent de chez eux pendant leur accès.

Bien différent de l'alcoolique qui s'intoxique plus ou moins régulièrement avec sa liqueur de prédilection, le dyspsomane est habituellement très sobre dans l'intervalle de ses accès, A ce moment toutes les boissons lui sont bonnes, surtout les boissons fortes, le vin, l'eau-de-vie, l'absinthe, etc., à défaut de liqueurs il avale des eaux de toilette, de l'eau de cologne, de l'eau-de-vie camphrée, des liquides médicamenteux, sans choix et au hasard des occasions.

Cette forme d'impulsion serait plus fréquente chez la femme que chez l'homme ; beaucoup de ces malheureuses qui en sont atteintes finissent par tomber dans le dernier degré de l'abjection. Telle qui est chaste et réservée dans ses intervalles de sobriété, n'a pas plutôt commencé à boire qu'elle perd toute retenue. Pour un peu d'alcool elles se vendent au premier venu et le mot est ici particulièrement exact ; elles fréquentent les bouges de la plus basse prostitution, et s'adonnent aux débauches les plus honteuses.

A l'impulsion dyspsomane se joignent souvent des impulsions d'un autre ordre, impulsions érotiques, impulsions au suicide et à l'homicide et tendance aux idées mystiques.

Les dyspsomanes présentent en général une grande résistance à l'alcool, cependant au bout d'un certain temps, surtout si les accès sont fréquents et rapprochés on observe chez la plupart des symptômes d'intoxication, quelquefois du délirium tremens.

5° *Obsessions impulsives au suicide et à l'homicide.*

— L'impulsion au suicide sans être très fréquente, s'observe quelquefois chez les neurasthéniques. Il est cependant bien rare que les malades arrivent à se tuer

et même à se faire du mal, leur volonté étant trop amoindrie pour accomplir un tel acte. On cite cependant un certain nombre de cas où les malades se sont donné la mort. La pendaison est un des procédés les plus uniformément employés, vient ensuite la submersion.

L'impulsion à l'homicide est moins fréquente encore que l'impulsion au suicide.

Ce qui caractérise l'homicide impulsif, c'est l'absence de tout motif susceptible de l'expliquer, c'est la pleine conscience de l'auteur au moment de l'accomplissement de l'acte. Il n'obéit à aucun des mobiles qui expliquent d'ordinaire le meurtre, il n'agit pas sous l'influence d'un rêve comme l'épileptique, d'une hallucination comme l'alcoolique, d'une conception délirante comme le persécuté, il obéit à une impulsion malade dont il voit avec angoisse toute l'horreur, mais qu'il est impuissant à dominer.

Le plus souvent la résistance quoique pénible est relativement facile, tout se borne à une obsession angoissante qui n'arrive pas à subjuguier la volonté. D'autres fois la lutte est plus vive et le malade ne parvient qu'avec peine et au prix de douloureux efforts à vaincre sa tendance malade.

Nous donnons ici une observation qu'a bien voulu nous communiquer M. le docteur Vialon et dans laquelle nous voyons une neurasthénique douteuse et kleptophobe qui présente des impulsions au suicide et à l'homicide. Cette malade est intéressante à ce point de vue qu'elle présente des hallucinations de l'ouïe ; ce qui, nous dit M. Viallon, indiquerait que la neurasthénie est, dans ce cas, un indice de dégénérescence.

OBSERVATION VII (inédite)

*Doute, kleptophobie, impulsions à l'homicide et au suicide.
hallucinations obsédantes.*

La nommée G..., femme V..., est âgée de 32 ans..

HISTOIRE DE LA MALADIE

Antécédents héréditaires. — Grands parents paternels et maternels, n'ont rien présenté de particulier et sont arrivés à un âge assez avancé.

Père, mort à 52 ans de fluxion de poitrine; avait des habitudes alcooliques, et se livrait par intermittences aux excès de boisson.

Mère, vivante, 56 ans, très nerveuse, émotive, d'une piété exagérée, sujette à des craintes imaginaires (les voleurs, les maladies.....)

Deux oncles et une tante bien portants.

Une sœur d'intelligence peu développée.

Antécédents personnels. — La malade n'a jamais joui d'une bonne santé, elle a toujours été un peu nerveuse, se plaignant souvent de céphalalgies, de douleurs thoraciques et abdominales sans localisations précises.

A plusieurs reprises elle a présenté des palpitations de cœur de nature nerveuse.

Les digestions sont difficiles, s'accompagnant d'une sensation de plénitude de l'estomac et de ballonnement du ventre.

A noter aussi de fréquentes douleurs névralgiques sur la branche orbitaire de l'ophtalmique.

Pas de maladie grave, rougeole dans l'enfance.

Menstruation apparue tardivement (18 ans) et d'une façon très irrégulière, précédée par une assez longues période de pertes blanches.

Constipation habituelle.

Insomnie fréquente.

Intelligence médiocre.

Au point de vue mental, la malade présente des obsessions très nettes, caractérisées par des phobies diverses.

1^o Ainsi la vue des étalages des magasins lui évoque l'idée du vol. La pensée seule qu'elle pourrait dérober les objets (et elle se sait incapable de voler) la met dans un état d'angoisse extrême avec sensation de constriction épigastrique, lourdeur de tête, quelques bourdonnements d'oreilles, accélération du pouls accompagnée souvent de palpitations de cœur.

Elle est obligée de rentrer à son domicile pour fuir ces idées obsédantes.

2^o Depuis quelque temps elle ne peut lire les journaux, la lecture de tous les récits de crimes qui constituent le fond de la chronique, la bouleverse. Elle a l'idée obsédante qu'elle même aurait pu les commettre. Cette idée s'accompagne de tous les troubles notés plus haut.

3^o La malade est hantée par l'idée qu'elle peut faire du mal à sa mère, laquelle vit avec elle.

Elle a peur, à certains moments, de n'être plus maîtresse d'elle-même, aussi a-t-elle, à plusieurs reprises, prié sa mère de s'éloigner.

Elle est absolument consciente, mais ne peut en aucune façon réagir contre les obsessions qui l'assiègent.

Pour échapper à toutes ces obsessions la malade a fait une tentative de suicide, c'est alors que sa famille a sollicité son placement à l'asile.

Depuis son entrée l'état mental s'est aggravé progressivement, les hallucinations de l'ouïe se sont montrées. Ce sont des hallucinations obsédantes continuelles, la malade entend continuellement des voix qui lui reprochent d'être une mauvaise fille, d'avoir voulu tuer sa mère. Elles lui disent qu'il faut qu'elle meure, etc...

A noter plusieurs tentatives puériles de suicide à l'asile.

La malade dont l'intelligence s'affaiblit de plus en plus, cherche à échapper à ces obsessions en se bouchant les oreilles.

Dans cette observation l'état neurasthénique de la malade est évident.

On remarquera que les obsessions constituent tout le délire de la malade, idées obsédantes au début, hallucinations obsédantes à l'heure actuelle.

6° *Obsessions sexuelles*. — On observe quelquefois chez certains neurasthéniques, des idées fixes, des obsessions consistant en réminiscences lubriques ou baroques, ayant pour effet soit d'exciter soit d'anéantir le pouvoir génésique, elles déterminent de véritables actes impulsifs, tels que exhibition des organes génitaux, frottage du pénis caché ou à découvert contre le bassin des femmes dans les foules, vols d'objets féminins servant de reliques amoureuses, etc.

Les neurasthéniques qui sont atteints de ces obsessions sexuelles présentent presque toujours des signes de dégénérescence physique.

Dans certains cas l'impulsion est de nature plus grave et peut entraîner des actes de bestialité. Le sentiment peut dans quelques circonstances se rattacher à une profonde anomalie et avoir pour objectif le même sexe, l'instinct sexuel pervers. C'est ce que Westphall a décrit sous le nom de sens sexuel contraire (*contrare sexual empfindung*) et que MM. Charcot et Magnan ont désigné sous le nom d'inversion du sens génital.

Le neurasthénique, qui est atteint de ces obsessions sexuelles, en a pleine conscience, il en souffre; il en reconnaît la nature malade et parvient la plupart du temps, si sa volonté n'est pas trop affaiblie, à résister à son impulsion. Il diffère totalement de l'idiot inconscient qui s'exhibe ou commet un acte déraisonnable en public.

D'autres fois au lieu d'excitation génésique, on

observe de l'affaiblissement et même de l'anéantissement complet.

Griesinger cite le cas d'un prince Russe, qui dès qu'il voulait faire une tentative de rapprochement sexuel, était aussitôt atteint par ses doutes de ne pouvoir être puissant, ses idées surgissaient aussitôt avec la plus grande intensité et le frappaient d'une absolue frigidité.

On a remarqué que ce sont généralement les neurasthéniques soumis à une chasteté forcée qui présentent le plus souvent des perversions obsédantes du sens génital, tels sont les marins, les bergers, les ecclésiastiques.

M. Magnan a divisé en quatre groupes les obsédés atteints de perversions sexuelles. Cette division ne présente dans le cas de l'obsession neurasthénique qu'un intérêt relatif, elle a en outre été très discutée par de savants auteurs.

2^o ABOULIES

(Obsessions abouliques).

Les obsessions abouliques ou neurasthénies abouliques sont celles dans lesquelles la volonté est lésée dans sa force d'action.

Bien que l'intelligence conçoive l'acte à accomplir, et que le sujet ait le désir de le réaliser, il est impuissant à vouloir, à se déterminer à l'acte, à l'exécuter. Sa volonté est impuissante, elle n'est plus suffisante pour actionner son système moteur, et les efforts qu'il tente à cet égard, n'aboutissent qu'à augmenter son trouble et son angoisse.

A l'état normal, on en retrouve une ébauche dans les caractères mous, qui ont besoin pour agir qu'une volonté s'ajoute à la leur. L'aboulie n'est donc que ce caractère mou, vu sous un très fort grossissement.

« Les malades, dit Guislain, savent vouloir intérieurement, mentalement, selon les exigences de la raison. Ils peuvent éprouver le désir de faire ; mais ils sont impuissants à faire convenablement. Il y a au fond de leur entendement une impossibilité. Ils voudraient travailler et ils ne peuvent... Leur volonté ne peut franchir certaines limites, on dirait que cette force d'action subit un arrêt, le « je veux » ne se transforme pas en volonté impulsive, en détermination active. Les malades s'étonnent eux-mêmes de l'aboulie dont est frappée leur volonté.

Lorsqu'on les abandonne à eux-mêmes, ils passent des journées entières dans leur lit ou sur une chaise. Quand on leur parle et qu'on les excite, ils s'expriment convenablement, quoique d'une manière brève ; ils jugent assez bien les choses. »

L'ardente envie d'agir que quelques-uns de ces malades croient éprouver, me paraît une simple illusion de leur conscience, l'intensité d'un désir est une chose toute relative.

Dans cet état d'apathie générale, telle impulsion qui leur paraît vive est en fait au-dessous de la moyenne, d'où l'inaction. Au contraire quand une excitation est très violente, brusque, inattendue, c'est-à-dire qu'elle réunit toutes les conditions d'intensité, le plus souvent elle agit. Tel le malade de M. Billod qui retrouva subitement son énergie pour sauver une femme sur le point d'être écrasée.

En résumé, si ces malades ne peuvent vouloir, c'est

que tous les projets qu'ils conçoivent n'éveillent en eux que des désirs faibles, insuffisants pour les pousser à l'action, comme nous le disions tout de suite, l'ardente envie d'agir qu'ils croient éprouver est une illusion de leur conscience. Ces cas sont de véritables paralysies psychiques.

Toutes les facultés mentales sauf la volition sont parfaites.

Contrairement à ce qui a lieu dans les obsessions impulsives où le malade lutte anxieusement pour chasser une idée qui s'impose, ici il essaie vainement de transformer une idée en acte. Ce n'est pas le mouvement lui-même en tant qu'action musculaire qui est pénible, l'aboulie contracte parfaitement ses muscles, fort différent en cela du paralytique, c'est la décision qui est difficile, et peut être aussi la conception de la série des mouvements coordonnés qu'exige l'accomplissement d'un acte donné.

Le médecin anglais Bennett rapporte le cas d'un homme qui fréquemment ne pouvait pas exécuter ce qu'il aurait voulu faire. Souvent il essayait de se déshabiller et restait fort longtemps avant de pouvoir tirer son habit, la volition seule était lésée.

Un jour il demanda un verre d'eau, on le lui présente sur un plateau, mais il ne pouvait le prendre quoi qu'il le désirât. Il lui semblait disait-il qu'une autre personne ait pris possession de sa volonté.

L'une des formes les plus fréquentes consiste dans l'impossibilité pour le malade de se lever d'un siège lorsqu'il est assis, le désir de l'acte existe chez lui et il fait effort pour l'accomplir, mais sa force d'impulsion est insuffisante et ses tentatives des plus angoissantes n'aboutissent qu'à la crise émotive caractéris-

tique de la neurasthénie. On donne à cette forme le nom d'anastasie. (Régis)

Dans un autre cas le malade peut marcher, se lever, s'asseoir mais ne peut monter un escalier (ananabasic) sans éprouver la même obsession. Témoin ce prêtre qui ne pouvait franchir les marches de l'autel au moment de dire sa messe, surtout lorsque l'église était pleine de monde. Mais il lui suffisait de s'appuyer même très légèrement sur l'épaule de l'enfant de cœur pour vaincre son obsession.

Une autre impossibilité assez fréquente consiste pour les malades à ne pouvoir écrire et surtout à ne pouvoir signer, on donne à cette dernière forme le nom d'anupographie.

Billod rapporte l'observation d'un malade aboulique qui parmi une foule d'obsessions présentait celle de ne pouvoir signer.

« Un jour avant de s'embarquer à Marseille, il veut faire une procuration pour autoriser sa femme à gérer son bien pendant son absence. Il la rédige lui-même, la transcrit sur papier timbré et s'apprête à la signer lorsque surgit un obstacle. Après avoir écrit son nom, il lui est de toute impossibilité de parapher. C'est en vain qu'il lutte contre cette difficulté, il fait exécuter à sa main, au-dessus de la feuille de papier les mouvements nécessaires à cette exécution, ce qui prouve bien que l'obstacle n'est pas dans la main, mais la volonté rétive ne peut ordonner à ses doigts d'appliquer la plume sur le papier, elle fait évidemment défaut. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps après éprouvé cette angoisse dont nous avons parlé qu'il parvint à mettre sa signature.

« Cet affaiblissement de la volonté, cette aboulie est

la note caractéristique de l'état mental du neurasthénique (Bouveret). »

Chez tous les neurasthéniques, on retrouve en effet à un degré plus ou moins marqué cette aboulie qui n'est que l'exagération de la dépression cérébrale que nous avons décrite précédemment.

PRONOSTIC DES OBSESSIONS NEURASTHÉNIQUES

Le pronostic des obsessions neurasthéniques est très variable suivant les cas.

D'une façon générale on peut dire que le pronostic est assez grave.

Il faut d'abord différencier les cas où la neurasthénie est simple et acquise, ceux où elle est héréditaire et où elle s'est montrée chez un sujet présentant des signes de dégénérescence, et ceux également où elle se complique d'une autre névrose surajoutée.

Plus les signes de dégénérescence seront accentués, plus le pronostic devra être réservé, car dans ces cas le trouble mental a une grande tendance à persister indéfiniment.

On pourrait, dit M. Régis, formuler en loi que la curabilité de l'obsession est en raison inverse du degré de dégénérescence et en raison directe du degré d'acuité de la neurasthénie.

On devra donc être plus confiant dans le traitement quand il s'agira de cas de neurasthénie aiguë, survenue à la suite de causes accidentelles, morales ou physiques, car c'est dans ces cas que la guérison s'obtient le plus facilement.

La forme que revêt la neurasthénie a également une importance assez grande, la guérison s'obtenant en général, plus facilement dans les formes dyspeptiques, que dans les formes où le système nerveux

paraît plus spécialement atteint comme dans la cérébrasthénie, la myélasthénie, etc. C'est pourtant dans ces dernières que l'on observe le plus souvent les troubles psychiques.

Les obsessions impulsives seraient habituellement plus graves que les obsessions abouliques ; celles-ci se rencontrant de préférence dans les neurasthénies aiguës à caractère dégénératif peu accentué.

On devra dans tous les cas faire ses réserves au sujet du maintien définitif de la guérison, car celle-ci peut n'être qu'apparente.

On observe quelquefois des rémissions trompeuses et il est nécessaire de continuer le traitement. On émettra un avis définitif que plusieurs mois après la disparition de tout symptôme morbide.

On se reportera d'ailleurs à ce que nous avons dit au pronostic de la neurasthénie, car à moins de l'ancienneté des troubles mentaux observés, leur guérison est subordonnée à la guérison de l'épuisement nerveux.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,

Dr A. CHANTEMESSE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A

- ARNDT. Neurasthénie in *Eulenburg's encyclopédie*, 1881.
- Die neurasthénie. Vienne, 1885.
 - Die neurasthénie, ihre wesen, ihre bedantung und behandlung. Leipzig, 1885.

B

- BALLET. Psychoses in. *Traité de médecine de Charcot et Bouchard*, 1894.
- BEARD. The nature and diagnostic of neurasthénia. New-York, 1879.
- Die nerveuschivache (Traduction allemande. Leipzig, 1883).
 - Die sexuelle neurasthénie. Traduction allemande. Vienne, 1885.
 - A practical treatise ou nervous exhaustion (neurasthenia), its causes, symptoms, and séquences. New-York, 1888.
- BERRILLON. Les phobies neurasthéniques. *Revue de l'hypnotisme*.
- BLOQ. Sur un syndrome caractérisé sur de la topsalgie (Neurasthénie forme symptomatique, forme douloureuse. *Gazette hebdomadaire*, 1891.
- Les stigmates de la neurasthénie, 1891.
 - La neurasthénie et les neurasthéniques. (*Gazette des hôpitaux*, 1891.
- BOTTÉY. *Hydrothérapie médicale*, 1895.
- BOUVERET. La neurasthénie, 1891.
- BOUCHUT. De l'État nerveux aigu et chronique, 1850.

BRACHET. Recherches sur la nature et le siège de la névro-spas-
mie, 1832.

BERNHEIM. Psychothérapie.

C

CHARCOT. Leçons du mardi, 1887-1888.

COWLES. Neurasthénia and its mental symptôms (Boston, *Med.
and surg. Journal*, 1891).

CULLERE. Les frontières de la folie.

D

DALLEMAGNE. Dégénérés et déséquilibrés, 1895.

DAGONET. Traité des maladies mentales, 1894.

DEJÉRINE. L'hérédité dans les maladies nerveuses, thèse d'agré-
gation, 1886.

DUCHESNE. Des chemins de fer et de leur influence sur la santé
des mécaniciens et chauffeurs, 1857.

DUTIL. Neurasthénie. In Traité de médecine de Charcot et Bou-
chard, 1894.

E

ERISCHEN. On railway and other injuries of the nervous system.
Londres, 1886.

F

FÉRÉ. La famille névropathique, 1894.

FRANCK. De nevralgia et neuritide, Leipzig, 1821.

G

GUINON. Les agents provocateurs de l'hystérie.

GLATZ. Étude sur l'atonie et les névroses de l'estomac. Neuras-
thenia vago-sympathica, 1881.

GUILLOT. Du caféisme chronique. *Union scient. et méd. du Nord-Est*, 1883.

H

HUCHARD et AXENFELD. Traité des névroses, 1882.

HUCHARD. *Archives générales de médecine*, décembre 1892, et *Bulletin médical*, 1892.

HUCHARD. Les algies centrales des neurasthéniques (*Soc. méd. des hôp.*, 1893.)

— Les neurasthénies locales. (*Archives de médecine*, 1892.)

K

KRISHABER. Article névropathie cérébro-cardiaque, in. *Diction. des sciences médicales*.

KROEPELIN. Psychiatrie, 1889.

L

LAFOSSE. Etude clinique sur la céphalée neurasthénique. Thèse de Paris, 1887.

LEVEN. La maladie cérébro-gastrique, 1882.

LEGRAND DU SAULLE. La folie du doute avec délire du toucher 1875.

LEVILLAIN. La neurasthénie, maladie de Beard, 1891.

M

MAGNAN. Recherches sur les centres nerveux.

MANQUAT. Traité de thérapeutique, 1897.

MATHIEU. Neurasthénie, 1894.

MOEBIUS. Lie nervosital. Leipzig. 1882.

O

OPPENHEIM. Die traumatischen neurosen. Berlin 1889.

P

PAGE. Injuries of the spine and spinal cordes, without apparent mechanical, lesion and nervous shock. Londres, 1883.

PFANNENTEL. Neurasthenie und hyperacid. Stockholm, 1891.

PITRES. *Echo médical*. Toulouse, 1889.

R

RÉGIS. Les neurasthénies psychiques. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1891.

RÉGIS. Manuel pratique de Médecine mentale, 1892.

RIBOT. Les maladies de la volonté, 1897.

RITTI. Diction encyclopédique des Sciences médicales.

ROSENTHAL. Traité clinique des maladies du système nerveux. Traduction Française, 1878.

S

SAUDRAS. Traité pratique des maladies nerveuses, 1860.

SCHULE. Traité des maladies mentales.

SOUPPAULT. Les dyspepsies nerveuses, 1893.

STEIN. Die allgemeine electrification des menschen Korpes, der nervenschwache, nervosital und neurasthenie, 1882.

V

VALLEIX. Traité des névralgies, 1841.

VAN BIERVLIET. Elément de psychologie humaine, 1895.

VIGOTROUX. Traitement de la neurasthénie par la franklinisation (électrisation statique). Note de thérapeutique.

W

WEIR MITCHELL. Du traitement de la neurasthénie. Traduction Française, 1881.

- Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes de l'hystérie. Traduction Française de O. Jennings 1888.

Z

ZIEMSENN. Die neurasthénie und ihre behandlung. Leipzig, 1887.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Préface	5
De la neurasthénie.....	7
Définition.....	7
Historique.....	8
Étiologie.....	11
Symptômes.....	16
Classification des formes.....	31
Diagnostic.....	36
Évolution. Pronostic.....	44
Pathogénie.....	46
État mental des neurasthéniques.....	50
Folies neurasthéniques.....	55
Obsessions impulsives.....	62
Maladie du doute.....	62
Crainte des contacts.....	78
Crainte des espaces, des éléments, etc.....	80
Crainte des êtres vivants.....	84
Onomatomanie.....	88
Pyromanie.....	89
Kleptomanie.....	92
Dypsomanie.....	93
Impulsions au suicide, etc.....	95
Obsessions sexuelles.....	99
Obsessions abouliques.....	100
Pronostic des obsessions neurasthéniques.....	105
Index bibliographique.....	107

LIBRAIRIE A. MALOINE

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25, PARIS

- AUSSET** (Dr), professeur agrégé. **Leçons cliniques sur les maladies des enfants**, faites à l'hôpital Saint-Sauveur. 1896-97. 1 volume in-8, 1898. 5 fr. »
- BERDAL** (Dr), médecin de consultations à l'hôpital Saint-Louis. **Traité pratique des maladies vénériennes**. Préface de TENNESON. In-8, 1897, avec fig. et pl. col. 10 fr. »
- BERNHEIM**. **Immunisation et sérumthérapie**. 2^e édition, revue et augmentée. In-8, 1897. 4 fr. »
- BERNHEIM**. **Formulaire clinique**, formules pratiques recueillies à la polyclinique de Vienne. Traduit sur la 15^e édition et augmenté de nombreux travaux originaux. Un vol. in-32, cart., 1896. 4 fr. »
- CHATELAIN**. **Précis iconographique des maladies de la peau**. Ouvrage accompagné de 50 PLANCHES HORS TEXTE EN COULEUR, reproduites d'après nature, par FÉLIX MÉHEUX, dessinateur des services de l'HÔPITAL SAINT-LOUIS. Un fort vol. gr. in-8, 1896, relié toile. 25 fr. »
- COURTADE**. **Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille**. Un vol. in-18, 1895. 4 fr. »
- JAKOB** **Atlas du système nerveux**, suivi d'un précis d'anatomie, de pathologie et de thérapeutique des maladies nerveuses. Ouvrage comprenant 98 pl. color. et fig. dans le texte. Traduit par les Drs REMOND, professeur à la Faculté de Toulouse, et CLAVELIER, chef de clinique. In-12, cartonné, 1897. 12 fr. »
- KRAFFT-EBING**. **Traité clinique de psychiatrie**, traduit sur la cinquième édition allemande, par le Dr EMILE LAURENT. Un fort vol. in-8, 1897. 20 fr. »
- LEVILLAIN**. **Essais de neurologie clinique, neurasthénie de BÉARD et états neurasthéniformes**. In-12, 1895. 4 fr. »
- MALBEC**. **Consultations et ordonnances médicales**, 2^e édit., revue et augmentée, in-18, rel. souple, 1897. 4 fr. »
- MAURANS** (Dr de). **Compendium moderne de médecine pratique**, publié sous la dir. du Dr DE MAURANS. In-8, de 720 p., 1894. 12 fr.
- NOGUÉ**. **Précis de posologie infantile**, In-8, rel. s., 1895. 3 fr. 50
- PANSIÉR** (d'Avignon). **Traité d'Électrothérapie oculaire**, avec une préface de M. le Dr E. VALUDE. Un vol. in-18 avec fig. 1895. 6 fr. »
- PANSIÉR** (d'Avignon). **Traité de l'œil artificiel**. Un vol. in-18 cart. avec fig., 1895. 4 fr. »
- STAPPER**. **Traité de Kinésithérapie gynécologique** (système de BRANDT), nouvelle méthode de diagnostic et de traitement des maladies des femmes. Ouvrage contenant la traduction du livre de BRANDT et 130 fig. In-8, 1897. 12 fr. »
- TRUC**, professeur de clinique ophtalmologique à Montpellier, et **VALUDE**, médecin de la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. **Nouveaux éléments d'ophtalmologie**. 2 vol. in-8, 1886, avec 257 fig. et 1 pl. en couleur. 20 fr. »
- VARIOT**. **La diphtérie et la sérumthérapie**. Etudes cliniques faites au pavillon Bretonneau. In-8, 1898, avec 28 fig. et 1 pl. col. 12 fr. »
- VAUCAIRE**. **Formulaire de gynécologie, thérapeutique, traitement des maladies des femmes** (Formules des professeurs et médecins spécialistes). In-18, 1895, rel. 4 fr. »
- VIGNES**. **Technique de l'exploration oculaire**, introduction à l'étude de l'Ophtalmologie. Un vol. in-8 avec 213 fig. dans le texte, 1896. 8 fr. »